# DIARIO DE SESIONES

DEL

# PARLAMENTO DE NAVARRA

XI Legislatura | Pamplona, 16 de enero de 2024 | NÚM. 8


## COMISIÓN DE SALUD

PRESIDENCIA DEL ILMO. SR. D. MIKEL ASIAIN TORRES

**SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 16 DE ENERO DE 2024**

### ORDEN DEL DÍA

— 11-23/COM-00115. Comparecencia del Consejero de Presidencia e Igualdad y del Director Gerente de la Oficina de Análisis y Prospección para explicar el contenido del estudio “Determinantes sociales de la salud en Navarra”.

— 11-23/COM-00116. Comparecencia de la gerente del Área de Salud de Tudela para explicar la situación del Hospital Reina Sofía de Tudela.

*(Comisión transcrita por Naturalvox S.A.U.)*

(Comienza la sesión a las 9 horas y 32 minutos).

**11-23/COM-00115. Comparecencia del Consejero de Presidencia e Igualdad y del Director Gerente de la Oficina de Análisis y Prospección para explicar el contenido del estudio «Determinantes sociales de la salud en Navarra».**

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Egun on, jaun-andreok. Hasiera emango diogu gure gaurko batzorde honi. Honetan bi puntu ditugu. Momentuz bakarrik lehenengo puntua ikusiko dugu, jorratuko dugu. Gai zerrendako lehenengo puntu horretan, hain zuzen ere, aipatzen da Lehendakaritza eta Berdintasuneko kontseilariaren eta Analisi eta Prospekzio Bulegoko zuzendari kudeatzailearen agerraldia, Nafarroako Osasunaren Determinante Sozialei buruzko azterlanaren edukia azal dezaten. Horretarako, gurekin daude Felix Taberna Monzón jauna eta Jose Ramon García de Eulate Jiménez jauna. Haiekin etorri da ere Leire Ochoa andrea. Esporrín andreak eskatu zuen batzorde hau, beraz, berak azalpen motz bat eman nahi baldin badu, bost minutuz du hitza.

*[Buenos días, señoras y señores. Vamos a dar comienzo a esta Comisión de hoy. Consta de dos puntos. De momento veremos y trataremos solo el primer punto. En este primer punto del orden del día se hace referencia a la comparecencia del Consejero de Presidencia e Igualdad y del Director Gerente de la Oficina de Análisis y Prospección, para que expongan el contenido del estudio sobre Determinantes Sociales de la Salud de Navarra. Para ello nos acompañan el señor Félix Taberna Monzón y el señor José Ramón García de Eulate Jiménez. Con ellos ha venido también la señora Leire Ochoa. La señora Esporrín solicitó esta comparecencia, por lo que, si desea dar una breve explicación, tiene la palabra por cinco minutos].*

SRA. ESPORRÍN LAS HERAS: Buenos días. Egun on. Brevemente, para hacer una pequeña introducción. Nos parece muy importante el conocer cómo enferma la población, como es la manera en que asisten a los servicios sanitarios, cuál es la evolución de esas enfermedades y, sobre todo, de cara a poderlas prevenir, que estos datos nos pueden ayudar a luego hacer unas políticas correctas y adecuadas a las necesidades que tiene la población, que sin duda van cambiando en función de la alimentación, de los estilos de vida, del trabajo, de los recursos y demás.

Entonces, cuando yo escuché que habían hecho este trabajo, me pareció muy interesante, y más de cara a la Comisión de Salud, que estamos siempre tratando de cómo son los servicios o cómo se prestan, o distintas cuestiones en relación con las personas que vienen a las sesiones de trabajo, y por eso el tener estos datos explicados de primera mano por las personas que habían hecho más concretamente este estudio me parecía muy interesante, y ese fue el motivo por el que les convocamos a esta sesión de trabajo o comparecencia, llámenlo como quieran. El caso es eso, que estamos a la espera de sus explicaciones para luego poder hacer alguna valoración y, sobre todo, que nos guíen de cara a un futuro y a un mejor trabajo en materia de salud, que es lo que nos afecta en esta Comisión concreta. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko, Esporrín andrea. Ez dut lehenago aipatu, baina eskerrak eman nahi dizkiet ere gurekin dauden bai Taberna jaunari, bai García de Eulate eta bai

Ochoa andreari. Orain bai, hitza emango diegu haiei hogeita hamar minutuz nahi dituzten azalpenak eman ahal izateko. Beraz, nahi duzuenean, aurrera.

SR. CONSEJERO DE PRESIDENCIA E IGUALDAD (Sr. Taberna Monzón): Gracias, señor Presidente, y buenos días, señoras y señores parlamentarios. La verdad es que para nosotros también tiene un punto, no dijera de exotismo, ya que tanto José Ramón García de Eulate como yo somos sociólogos, y la salud, lógicamente, tiene un componente social. Pero comparecer desde la perspectiva de dar a conocer este estudio de la Oficina de Análisis y Prospectiva para nosotros es un punto de inflexión importante. Como ustedes saben, el Gobierno de Navarra, dentro de una reconsideración de estructura orgánica y de autoorganización, entendió necesario crear una Oficina de Análisis y Prospectiva, que es heredera de lo que es el antiguo Observatorio de la Realidad Social sito anteriormente en el Departamento de Derechos Sociales. Pues bien, la creación de esta Oficina de Análisis y Prospectiva tenía un carácter fundamentalmente transversal, tenía un carácter de buscar el análisis, la prospectiva y, sobre todo, también la prescripción desde un ámbito intersectorial, desde un ámbito interdepartamental.

Por lo tanto, era propósito de esta nueva oficina establecer análisis, establecer tendencias y, sobre todo, procurar recomendaciones, procurar prescripciones que pudieran ir avanzando en lo que es la buena política pública, la buena gobernanza y, sobre todo, desde el concepto de la gobernanza anticipatoria. Es decir, esto es un concepto de ir avanzando sobre esta cuestión.

El estudio que tenemos el honor de presentarles en esta Comisión es un estudio que hemos definido pionero a nivel europeo, ya que es la primera vez que en una región europea, de las ciento noventa y algo que hay, se cruzan la amplitud de registros sanitarios socioeconómicos de toda la población. Alguna ventaja tiene que tener que en nuestra región europea seamos setecientos mil habitantes, y que tengamos una profusión tupida de registros y de conocimiento de la realidad.

Por lo tanto, ya digo, es una investigación pionera, y lo que se suele decir, lo que de lejos parece ser, de cerca lo es, colabora con toda la profusión de literatura académica, de estudios científicos, en el cual se establece una relación que no es única, sino es una relación polivalente, pero una relación muy determinante entre lo que es el estatus social, definido el estatus social por renta, por vulnerabilidad, también en este caso por género. Este estatus social tiene que ver con determinantes y con las condiciones de la salud.

Por lo tanto, la verdad es que, a mi modo de ver, y voy a dejar sobre todo al autor coordinador de este estudio, porque ha sido un estudio donde se ha participado también con el Departamento de Salud, con la Universidad Carlos III y con esta nueva oficina, que ya digo que venía ya este trabajo también aquilatado de anterior observatorio, pero yo establecería dos conclusiones para tener en cuenta.

La primera, que muchas veces no es tanto el código genético sino el código postal. Es decir, que hay un condicionante en la salud en cuanto a nivel de ingresos, en cuanto al sexo, en cuanto al origen, del país donde se viva, y eso tiene una evidencia clara en una serie de prevalencia de enfermedades. Por ejemplo, se ha visto que mayores niveles de obesidad, mayor prevalencia de diabetes y un peor control se dan, sobre todo, también en unos menores niveles de renta. Hay una mayor prevalencia también en esos menores niveles de renta para un mayor trastorno

adictivo y enfermedad mental grave. En definitiva, tenemos unas relaciones muy determinantes, que no son únicas, pero muy determinantes entre las condiciones sociales y la salud.

Por lo tanto, esta es la primera conclusión, y la segunda conclusión que debemos sacar, y ahí como Parlamento con legitimidad de la voluntad de la ciudadanía de Navarra, ahí también se lo expreso, la necesidad de potenciar, fortalecer, coordinar los objetivos de todas las actuaciones de políticas públicas. Es decir, no solamente salud, también la política de vivienda, la del empleo, garantía de ingresos, educación, porque necesariamente todas tienen ese ámbito.

Desde luego, nosotros, desde la Oficina de Análisis y Prospectiva, lo que no queremos ser es un departamento de estudiantes. O sea, nosotros no nos conformamos con estudiar, se suele decir, a la parálisis por el análisis, nosotros lo que queremos, y tenemos una vocación de política pública, estamos alojados en un ámbito de análisis, pero también en un ámbito prospectivo y en un ámbito prescriptivo, en un ámbito de recomendación.

La segunda conclusión que queremos sacar también es que es necesario seguir reforzando la dimensión integral en el espacio sociosanitario. Somos conscientes, y en ese sentido al Gobierno, ya desde otros gobiernos anteriores, el espacio sociosanitario siempre se ha tenido en cuenta. En esta ocasión creemos que ha sido reforzado con la figura de la coordinación sociosanitaria dentro de la Dirección General de Atención Primaria como un elemento importante.

Como ha dicho en este caso la portavoz del Partido Socialista, hay retos importantes para la salud, uno de ellos en nuestro plan anual normativo es la ley foral de salud, que se quedó a las puertas después del trabajo de la anterior legislatura. Por lo tanto, en esa ley foral de salud creo que es un espacio muy significativo para potenciar ese espacio sociosanitario, que ya se hace. Ustedes, como son expertos en materia de política sanitaria, ya saben que desde el Gobierno de Navarra se potencia la valoración social en la estrategia de cronicidad, también se hace una planificación del alta hospitalaria desde el ámbito social, se trabaja también en esta vertiente social en trastorno mental grave, en un sistema de información sociosanitario, la diversidad multiétnica también se tiene en cuenta con servicios de teletraducción, adaptación de materiales. En definitiva, también hay proyectos interdepartamentales como programas de atención sanitaria, los famosos PAISS.

Es decir, que todo esto sí que se está trabajando, pero creemos que hay que impulsarlo, que quizás en el ámbito normativo legislativo la ley foral de salud lo debe tener en cuenta y, en este sentido, este estudio creo que viene a avalar ese reforzamiento de la tesis. Sin más dilación, si me permite el Presidente, le doy la palabra... Bueno, le da el Presidente la palabra.

SR. DIRECTOR GERENTE DE LA OFICINA DE ANÁLISIS Y PROSPECCIÓN (Sr. García de Eulate Jiménez): Egun on, buenos días. Lo primero de todo, gracias por permitirme, en este caso, en representación de compañeros que han trabajado en este estudio, presentarlo a los máximos representantes de la ciudadanía navarra. Entonces, es un placer para los que llevamos muchos años investigando, ahora me toca a otro rol, el salir de esas investigaciones y mostrarlo a la ciudadanía y también a los máximos representantes de los ciudadanos, pues la verdad es que es un placer. O sea, que me gustaría dar las gracias.

Además, también porque ese *feedback* que tendremos posteriormente yo creo que va a ser beneficioso para el propio estudio y para mejorar y, con toda la modestia del mundo, lógicamente, no voy a extenderme demasiado, entonces hablaremos un poco de las cuestiones que consideren oportunas.

Para empezar, el objeto de estudio. ¿Cuál es el objeto de estudio, qué queremos y para qué? Pues queremos conocer la distribución de la salud y la enfermedad en la población navarra de entre quince y sesenta y cuatro años —haré un pequeño inciso en este tema— teniendo en cuenta sus variables socioeconómicas. ¿Para qué? Pues como ha dicho el Vicepresidente, para orientar la toma de decisiones en el diseño, desarrollo, evaluación y adaptación de las políticas públicas en el ámbito de la salud y la protección social en Navarra. El inciso de quince a sesenta y cuatro años, si han leído el informe, en el caso de la enfermedad de diabetes tipo 2 no es quince-sesenta y cuatro, sino es a partir de cuarenta y uno, por las propias características de la enfermedad.

Debo señalar también que este estudio podría considerarse una primera etapa, una primera fase, lo digo porque los propios resultados del estudio han demostrado que sería conveniente profundizar en diversas cuestiones. Algunas van a salir ahora. También quiero decir que este estudio no viene a establecer relaciones de causalidad en el sentido estricto, ofrece más bien claves para comprender la posible asociación de desigualdades sociales y salud en Navarra.

Importante, yo creo que también lo ha comentado el Vicepresidente, como valor añadido al estudio, quizás ha quedado un poco difuminado por la propia metodología o por los resultados, es precisamente análisis bibliográfico que se ha hecho. Hemos construido un marco teórico muy potente y que nos ha permitido relacionar muchas de las cosas, compartir muchos de los resultados a nivel europeo, a nivel internacional.

Creo que es conveniente contextualizar el tema de los determinantes de salud a qué nos referimos cuando hablamos de determinantes de la salud, y algunos ejemplos los he puesto en esta diapositiva. Por ejemplo, algún estudio de Scholz en el 2020, que hablaba de que las personas son permeables a la influencia de múltiples factores causales de dispar naturaleza, que se denominan de forma genérica determinantes de la salud. Otro de los estudios de Wilkinson y Pickett hablaba de una comparativa, hicieron una comparativa a nivel internacional, y decían que las sociedades más cohesionadas e igualitarias tienen resultados significativamente mejores en diversos problemas sociales y de salud pública que los países más desiguales.

Hilando con ese tema, dentro de las propias sociedades más avanzadas podemos decir que, efectivamente, dentro de esas sociedades hay desigualdades sociales que constituyen un elemento clave para comprender las diferencias en salud entre la población, donde a menudo la distribución de la salud y las enfermedades no responden a un patrón aleatorio, que dicha distribución es el resultado de la existencia de desigualdades socioeconómicas. Vamos llegando al objeto del estudio.

Esto es un cuadro, un marco conceptual de la Comisión para reducir las desigualdades sociales en la salud en España de 2015, en que se expone cómo se operan los determinantes sociales de la salud. Como pueden ver, hay determinantes estructurales, determinantes intermedios.

En cuanto a las determinantes estructurales, estamos hablando de factores que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la población. Son factores que estamos hablando de posición social, de género, de raza, de grupo étnico, acceso a la educación, al empleo.

En cuanto a los determinantes intermedios personales estaríamos hablando de circunstancias materiales, vivienda, capacidad económica, entorno físico de trabajo, circunstancias psicosociales, estamos hablando de circunstancias de vida, relaciones sociales, factores conductuales y biológicos, nutrición, actividad física, consumos, temas biológicos también, genéticos, sistemas de salud, e importante también la exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, pero también, que esto lo hemos estudiado, el acceso a los servicios de salud me parece que es un tema también trascendental.

Ya entramos un poco más en materia. Esto es para que vean un poco el ejemplo, una muestra de lo que es ese marco teórico que hemos ido construyendo y analizando, para aterrizarlo un poco ya en el tema que nos ocupa, en el tema del análisis de Navarra. Importante el tema del origen de los datos. El estudio se basa en datos de registros administrativos como la renta, la información clínica, la atención sanitaria y la relativa a la utilización de recursos del sistema sanitario.

Antes de seguir con la parte más de resultados y de metodología, sí que me gustaría lo que les he comentado al principio, que soy representante de muchas de las personas que han trabajado en este estudio. Me parece importante, no es baladí para una persona que ya tiene su experiencia investigadora, que a veces nos cuesta hablar el mismo idioma cuando venimos de departamentos diferentes, de materias diferentes. Entonces, me parece que este estudio en sí mismo es positivo porque nos hemos llegado a entender, y aquí está el resultado, me parece importante.

¿Quiénes hemos participado? Personas del antiguo Observatorio de la Realidad Social —actual Oficina de Análisis y Prospección—, el Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación de la Complutense, la sección de Atención Sociosanitaria, Servicio de Evaluación y Difusión de Resultados en Salud, sección de Innovación y Organización, todos estos del Servicio Navarro de Salud, Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial, en cuanto también a Metodología-Evaluación, nos hemos apoyado mucho en Navarrabiomed. Ya ven que, efectivamente, un equipo interdepartamental y multidisciplinar.

Como hemos dicho, la referencia principal es la base de análisis de resultados que se llama BARDENA, que incluye, para que se hagan una idea, a un 97% de la población de Navarra. Aparte de esto, también se han fusionado datos de registro de Derechos Sociales. Integra esta base a nivel de sujeto información administrativa del nivel de renta, de prestación farmacéutica, información clínica, de atención sanitaria, de utilización de recursos del sistema sanitario.

Los datos, como les he dicho, corresponden a población con residencia en Navarra con edad comprendida entre quince y sesenta y cuatro años, salvo la salvedad que les he comentado, cuya atención estaba asegurada por el Servicio Navarro de Salud. Ese asterisco —que quizás no lo vean— representa esa población en torno al 65% del total de la población navarra. Estamos hablando de aproximadamente unas cuatrocientas treinta mil personas. ¿Por qué lo digo?

Porque, insisto, no se trata de una encuesta, no se trata de una muestra, estamos hablando del conjunto de la población, de ahí que se trate de un estudio pionero, porque digamos que se ha analizado al conjunto de la población.

En cuanto a las variables independientes o determinantes sociales qué se ha estudiado, la edad, el sexo, el nivel de renta. El corte es en menos dieciocho mil y más dieciocho mil, ahora explico por qué. El país de nacimiento, personas nacidas en España respecto a nacidas en otro país, es decir, inmigrante o no migrante, pero también se han hecho análisis específicos de colectivos dentro de la población migrante, como no podía ser de otra forma, ya que es un colectivo heterogéneo, y hemos visto, efectivamente, que hay diferencias notables dentro del propio colectivo. Me parece importante.

En cuanto a lo que les he comentado, dieciocho mil euros es el punto de corte que se utiliza en la clasificación según el tipo de aportación farmacéutica de la tarjeta sanitaria individual. Hay distintas categorías, sin aportación, pensionistas con rentas inferiores a dieciocho mil, activos con rentas inferiores a dieciocho mil, también las dos últimas categorías son rentas superiores a dieciocho mil. Ese era el punto de corte, digamos, al que estaban más habituados desde Salud a trabajar con ese corte, y hemos considerado que es oportuno para el estudio.

En cuanto a los indicadores de salud analizados, lo que podíamos denominar la metodología de sociología y variables dependientes o de resultados, hemos estudiado el sobrepeso y la obesidad, la diabetes tipo 2, la salud mental, dentro de la salud mental, la depresión, ansiedad, trastorno mental grave. Importante lo que les comentaba, del acceso y utilización de recursos sanitarios, de visitas a la Atención Primaria, Hospitalaria, Urgencias, y también se ha hecho un análisis específico de covid, vacunación, infección y hospitalización.

¿Por qué estas enfermedades y no otras? Porque en ese estudio, por supuesto, teniendo en cuenta también a los compañeros de Salud, pero también en ese estudio bibliográfico, en ese marco teórico, vemos que estas enfermedades eran las más recurrente, las que aparecían en mayor medida respecto a esos estudios a nivel internacional del impacto socioeconómico.

Empiezo quizás por el final, pero a modo de resumen. Algo ha comentado también el Vicepresidente. El nivel de ingresos, el sexo y el país de nacimiento son determinantes en la salud física y mental de la población Navarra. Un peor estado de salud en población con nivel menor de renta. Estamos hablando de mayor prevalencia de padecer obesidad, diabetes tipo 2, o mayor probabilidad de un diagnóstico de trastorno mental.

Hay una persistencia de desigualdades de género en algunos indicadores. Las mujeres, por ejemplo, tienen mayor probabilidad de experimentar depresión y ansiedad; los hombres, mayor probabilidad de ser diagnosticados de un trastorno adictivo; la población inmigrante —de esto daré algún detalle posteriormente— se caracteriza por una menor frecuentación a Atención Primaria, quizá rompiendo un poco el imaginario colectivo, pero sí que es cierto que se detecta un mayor uso en algunos colectivos dentro de la población inmigrante de los servicios de Urgencias.

Vamos a seguir destacando algunas pinceladas de los resultados, teniendo en cuenta las distintas enfermedades analizadas. En este caso, teniendo en cuenta la obesidad,

efectivamente, hemos demostrado que hay mayores niveles de obesidad en los sectores de población que representan unos menores niveles de renta. Este gráfico es la prevalencia de la obesidad según nivel de ingresos, menos dieciocho mil, más dieciocho mil, efectivamente, vemos que hay diferencias.

En cuanto a la obesidad, por dar algún detalle más, sí que el hecho de ser migrante y, efectivamente, la renta menor de dieciocho mil euros, son determinantes que se vinculan de forma directa con una mayor prevalencia de padecer obesidad. Esto viene también muy relacionado con los resultados a nivel internacional que comentaban o que venían a demostrar que en los países más desarrollados existen mayores niveles de obesidad en los sectores de población que presentan unos niveles menores de renta.

En cuanto al sexo, por ejemplo, sí que hemos demostrado o hemos corroborado que existe una menor probabilidad de padecer obesidad de las mujeres. Sin embargo, cuando estamos hablando de personas con menos ingresos, el porcentaje de mujeres que presentaba obesidad es más alto que los hombres en ese colectivo de menos ingresos.

Estamos dimensionando muchas de las cosas. No hacemos grandes descubrimientos, pero sí que dimensionamos esa realidad. Siempre está bien y, además, a través de metodologías cuantitativas, con técnicas estadísticas de multivariable, regresión, etcétera, pues dimensionamos esa realidad.

En cuanto a diabetes, algo similar también muy relacionado con el tema de la obesidad. La relación entre los determinantes socioeconómicos y la prevalencia de la enfermedad también respecto a su control. La probabilidad de tener diabetes y un mal control de la enfermedad es mayor en las personas con menos nivel de ingresos. Aquí también he puesto otro de los gráficos que aparecen en el informe, en este caso estamos hablando también de prevalencia.

En este caso también, por añadir, la población inmigrante registra una diferencia de probabilidad respecto a la no migrante respecto a la medición. Es decir, en la población migrante los niveles de medición de la enfermedad son menores que en la población autóctona. Respecto a las visitas a Urgencias y a hospitalizaciones urgentes derivadas de la enfermedad, también son mayores en los casos de la población con ingresos menores a dieciocho mil, también de la población inmigrante, quizás también relacionado con ese menor control y, al final, peor control también.

Respecto a la edad, lógicamente, lo esperado, hay un gradiente negativo asociado a la edad. Quiero decir, conforme aumenta la edad, la prevalencia es mayor y las visitas a Urgencias y complicaciones también aumentan.

En cuanto a salud mental, en este caso vemos que la peor condición socioeconómica incide en el desarrollo de problemas de salud mental. Aquí, en este caso, no son prevalencia, sino son las diferencias de probabilidades entre indicadores de salud mental. ¿Qué vemos? Si, por ejemplo, en la primera fila el tramo inferior de ingresos respecto al tramo de mayor de dieciocho mil, vemos en ese caso que son positivas, es decir, la probabilidad es mayor en el caso de los tramos inferiores de ingreso para que sucedan casos de trastorno adictivo, ansiedad, depresión, trastorno mental grave.

En el caso de la mujer, como vemos, la probabilidad es menor en el caso de trastornos adictivos y mayor en ansiedad y depresión, y una cuestión de las que comentaba y que es necesario estudiar más a fondo al principio es que en migrantes respecto a la población autóctona, si se fijan, todas las probabilidades son negativas, es decir, una probabilidad menor de sufrir trastorno adictivo, ansiedad, depresión, trastorno mental grave, pero yo creo que no obedece tanto a una realidad, sino quizás a un infradiagnóstico que veremos también por la menor concurrencia a lo que sería la Atención Primaria. Es decir, que es un tema que vemos ahí, y que sería cuestión de analizarlo con más detenimiento.

También en cuanto al trastorno mental grave me parece que, hemos hablado antes de la causalidad, es importante tener una doble lectura, en este caso, por ejemplo, de las enfermedades mentales. Las condiciones socioeconómicas desfavorecidas influyen en el desarrollo de problemas de salud, o quienes presentan enfermedad mental pueden verse abocados a situaciones de insuficiencia de ingresos económicos, una relación bidireccional, de doble sentido. También cuestión por investigar un poco más a fondo.

En cuanto a la frecuenciación sanitaria que les comentaba, las personas que tienen una renta menor a dieciocho mil euros presentan un mayor porcentaje de presencia en los distintos tipos de atención sanitaria respecto a la presentada por las personas con una renta superior a los dieciocho mil. Aquí volvemos a incidir en el tema de las probabilidades. Efectivamente, vemos que la probabilidad es mayor en los casos de los tramos inferiores de ingreso. Estamos hablando de Atención Primaria, Atención Hospitalaria, de Salud Mental, Urgencias Hospitalarias y Hospitalización Urgente.

En este caso también, por añadir algo más, respecto a la variable sexo, vemos que ser mujer se asocia a una mayor probabilidad de acudir a Atención Primaria, y todavía de una manera más pronunciada a la Atención Hospitalaria. Esto también es una hipótesis, porque puede responder a un cúmulo de explicaciones de tipo cultural, diferentes comportamientos según el género, que quizás a las mujeres les hace ser algo más responsables en su autocuidado, según qué circunstancias, mayor propensión a pedir ayuda, estilos de vida. También lógicamente, la relación económica, la relación de pobreza y salud, y estamos hablando de la feminización de la pobreza, ya saben que hay una mayor incidencia de la pobreza entre las mujeres. Estamos hablando de temas de corte biológico, estamos hablando de maternidad, factores psicosociales, de vulnerabilidad de género.

Otra de las cuestiones que hemos detectado es que en las hospitalizaciones de personas con ingresos menores de dieciocho mil euros anuales la estancia tiene una duración superior en 1,36 días a la población con ingresos superiores a dieciocho mil euros. También hemos planteado una serie de hipótesis. Estamos hablando de gradiente socioeconómico en salud, que estaría retrasando la visita a los servicios sanitarios y que finalmente se produciría en un momento más avanzado de la enfermedad.

Por otra parte, también las personas con mayores ingresos pueden disponer de mayores recursos sociales y económicos, que facilitan el cuidado poshospitalario, lo que contribuye a reducir el número de días quizás de hospitalización. Bueno, otro de los temas que sería de interés analizar con más profundidad.

Termino con la frecuentación sanitaria. Es un poco lo que les comentaba. Teniendo en cuenta la población inmigrante, es patente su asociación con una menor utilización de la Atención Primaria y Hospitalaria, pero que quizás —digo quizás— termina revirtiendo en una mayor frecuentación de las visitas a Urgencias. Esta menor frecuentación en el nivel básico del sistema sanitario conlleva que la atención termine produciendo finalmente Urgencias, y seguramente un estado de enfermedad más avanzado, con las consecuencias que esto puede tener. Lo hemos visto también en el tiempo de estancia.

Vemos aquí, en este cuadro, esta tabla, las diferencias de probabilidades en la frecuentación sanitaria de la población inmigrante respecto a la población autóctona, por decirlo de alguna forma. Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Salud Mental, Urgencias y Hospitalizaciones Urgentes. Vemos que en la Atención Primaria ese signo negativo significa que la probabilidad es menor, en Atención Hospitalaria también, en Salud Mental un poquito menos, pero en Urgencias es positivo, y aquí vuelvo a incidir en que a veces sí que se comete el error de considerar a la población inmigrante como un todo, y hemos visto que, efectivamente, en este caso, por ejemplo, hay diferencias, y les comento alguna.

En cuanto a la frecuentación sanitaria, según país de nacimiento, se observan diferencias significativas entre los distintos orígenes. Por ejemplo, la inmigración originaria de Sudamérica presenta los mayores grados de frecuentación del colectivo dentro del colectivo de inmigrantes en Atención Primaria y Atención Hospitalaria, sin embargo, la original del Magreb es la que más destaca en urgencias y hospitalizaciones urgentes. Vemos algunas diferencias también. En el propio informe tienen un poco más detallados estos tipos de análisis. Insisto en que es necesario hacer análisis un poco más profundos detallados dentro del propio colectivo.

En cuanto a los resultados de covid, efectivamente, también corroboramos que hay una existencia de un gradiente social en la pandemia. Como es de sobra conocido por todos ustedes, la edad es la variable que con mayor claridad se ha relacionado con la gravedad de la covid, de manera que las personas mayores han sufrido el mayor impacto de la pandemia en términos de gravedad. La probabilidad de tener un diagnóstico de contagio es mayor en el caso de la población procedente de América Central, Caribe, América del Sur y Magreb si se compara con la población autóctona. Estamos hablando también de un mayor riesgo de exposición por su situación sociolaboral.

En este caso, desde la perspectiva de género, las mujeres han tenido una mayor probabilidad de contagio. Insisto en que son cosas que conocíamos, pero aquí se dimensionan a través de los análisis estadísticos, circunstancia relacionada con su mayor presencia en los trabajos denominados esenciales habitualmente feminizados, como el caso de residencias, limpieza, sanitario, etcétera.

A modo de conclusión, y con esto ya termino, el nivel de ingresos, el sexo, el país de nacimiento, son determinantes en la salud física y mental de la población navarra, se ha demostrado, y se ha contabilizado y se ha dimensionado. Se evidencian mayores niveles de obesidad, mayor prevalencia de la diabetes y su peor control, mayor trastorno adictivo y enfermedad mental grave en los sectores de población que presentan unos menores niveles de renta, y esto hay que tenerlo en cuenta, porque conviene transversalizar los objetivos y actuaciones de las políticas públicas, lo ha comentado el Vicepresidente.

Se ha comprobado, efectivamente, que la vivienda, en este caso no hemos estudiado la vivienda, pero sí que en ese análisis previo lo hemos detectado también, y sería cuestión también de añadir —por eso las fases de estos estudios— el estudio, el análisis de la vivienda, el empleo, la garantía de ingresos, la educación, importante, clave la educación, impactan de manera determinante en el estado de salud individual.

En este sentido, es necesario mantener la perspectiva de los determinantes sociales en el diseño, implementación y evaluación de toda actuación en el ámbito de políticas sociales, sanitarias, etcétera. Con esto termino. Muchas gracias, y quedo a la espera de sus aportaciones.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko zuei biei, eta orain bai, talde ezberdinen txandekin hasiko gara. Horretarako, Esporrín andreak agerraldi hau eskatu zuenez, logikoki berarekin hasiko gara. Beraz, kasu honetan, alderdi sozialistaren bozeramailearekin. Nahi duzunean, zurea da hitza hamar minutuz.

SRA. ESPORRÍN LAS HERAS: Muchísimas gracias. Quiero agradece, en primer lugar, no solamente la exposición que han hecho tanto señor García de Eulate como el Vicepresidente Taberna, y también dar la bienvenida a la señora Ochoa, no solamente esta exposición, insisto, sino sobre todo el haber hecho el trabajo, que eso es lo importante. De tal manera que la Administración pueda tener una información que va a ser muy útil, no solamente de cara a hacer la futura ley de salud, que está pendiente, indudablemente, sino también para ir preparando la sanidad acorde con las necesidades que podemos sufrir en un futuro, porque se va viendo en este estudio cuáles son los aspectos que influyen en la enfermedad, y vemos cómo sin duda los aspectos económicos son algo muy importante.

Quizás porque no ha dado tiempo en la exposición, pero ustedes en el estudio también hacen referencia a lo que son las personas que tienen menos ingresos de dieciocho mil euros, y que además cobran la renta garantizada. Esos tienen mejor salud, digamos, que los que tienen menos de dieciocho mil euros y no cobran renta garantizada, donde ahí se pone de manifiesto la importancia que tiene la Administración, cómo puede influir en que esas personas puedan padecer menos enfermedades o que tengan una mejor salud.

La verdad es que nos parece importantísimo preparar los recursos acorde con las necesidades, y también, yo cuando vi este estudio, me pareció impactante el nivel de estudios que ustedes habían analizado, las personas analizadas o los expedientes quizás, porque ponía 534.526, que me pareció, de verdad, abrumador, en relación con la población que somos. Igual, estudian los expedientes y pueden ser repetidos de la misma persona, supongo, no lo sé, porque de verdad me parece un dato, ya han dicho ustedes que era casi el 97%, me parece importantísimo de cara a saber con exactitud qué es lo que está pasando.

Por otra parte, quiero también aprovechar este momento, porque también he mirado la utilización de la Atención Primaria, registros de Atención Primaria por parte de las personas que han nacido en otros países, que está el seguro, que parece que están saturando la sanidad y saturando los servicios sanitarios, y cómo se demuestra que no, que no son los que más utilizan la Atención Primaria las personas inmigrantes, que es parecido a la población local, y concretamente, dentro de esa heterogeneidad que hay en los inmigrantes, los procedentes de Asia y África, prácticamente la Atención Primaria, por los datos que he observado, no la utilizan,

aunque sí es verdad que esa no utilización de la Atención Primaria luego puede repercutir en una mayor utilización de las Urgencias, que eso también es preocupante, no solamente por más ocupación de Urgencia, sino por el perjuicio que a la persona le ocasiona ese infradiagnóstico, que llega hasta un empeoramiento mayor de su enfermedad, que eso al final puede ser más grave, sobre todo para ellos.

Luego hay aspectos que se me ocurren. Quizás en nuestras comunidades autónomas hay menos personas que utilizan seguros privados que en otras comunidades autónomas, pero sí que es verdad que si, al final, hay personas que se van derivando a seguros privados, eso ya se nos va a escapar de poder hacer estos estudios y saber exactamente cuál es la patología que sufre la sociedad en este momento.

Sí que también nos parece importante la brecha de género que hay en salud, como ha dicho, hay más ansiedad y depresión, y más covid, como son sobre todo por cuidadoras y, sobre todo, por la feminización de los servicios sanitarios, eso puede influir también.

Luego también me llamaba la atención que a la hora de la vacunación del covid, al hablar del covid, las personas inmigrantes tienen menos acceso, no sé si porque tienen menos interés o porque su trabajo les impide también en ocasiones el poder acudir a estas citas, o por lo que sea, pero esta es una cuestión también que de cara al brote que tenemos ahora, o a futuro, sería importante el poder analizar.

De cara a futuro, a mí se me ocurre que existen varios aspectos que tendremos pendientes de poder estudiar. Otras enfermedades, como pueden ser el cáncer, enfermedades vasculares, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, etcétera, que son también enfermedades muy mutilantes y que afectan mucho a la salud.

Luego otro estudio, así como ahora hemos hecho hasta sesenta y cinco o sesenta y cuatro años, se me ocurre muy importante de sesenta y cinco en adelante. Somos una sociedad muy envejecida, y que en un futuro seguramente vamos a necesitar más servicios sanitarios que lo que es la población actual, que puede ser más joven, entre comillas. En cualquier caso, debo decir que agradecemos el estudio, sobre todo porque puede contribuir a una uniformidad en lo que es la atención sanitaria, que eso es lo importante, y sobre todo que tengamos una atención sanitaria suficiente y acorde con las necesidades de la población. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Zuri. Mila esker, Esporrín andrea. UPN-ko taldearekin jarraituko dugu eta horretarako emango diogu hitza bere bozeramailea den San Martín andreari. Nahi duzunean, zurea da hitza hamar minutuz.

SRA. SAN MARTÍN RODRÍGUEZ: Gracias, Presidente. Quiero agradecer al señor Taberna, al señor García de Eulate la presentación clara, y a la señora Ochoa, que también nos acompaña hoy. Creo que les tengo que felicitar por el estudio. Es verdad que es un estudio interesante.

El tema de los determinantes sociales en la salud no es un tema de hoy, es decir, hay grandes equipos que trabajan en universidades tanto a nivel nacional como internacional en este tema. Sí que me parece que, en ese sentido, estoy de acuerdo con ustedes cuando dicen que lo único, entre comillas, porque el trabajo que han hecho es inmenso, han venido a corroborar lo que en otros estudios ya se ha evidenciado. En ese sentido, me parece interesante su frase de «no

hacemos grandes descubrimientos, pero dimensionamos», y yo creo que ese es el objetivo final. No es un trabajo académico en el sentido de ir a buscar evidencia científica, sino ver qué está pasando en Navarra en relación con algo que ya se conoce, que existe fuera, y que yo creo que es interesante saber qué está pasando en Navarra con esos determinantes.

Cuando leí el estudio, reconozco que me gustó mucho toda la parte reflexiva en torno a un tema que estaba comentado también la señora Esporrín, la relación que existe entre problemas socioeconómicos, tener una renta baja o el hecho de ser inmigrante, con el acceso al sistema. Nosotros, desde Unión del Pueblo Navarro, estamos trabajando mucho e insistiendo mucho en el Parlamento en el tema del problema de acceso al sistema sanitario navarro y, en ese sentido, sí que las reflexiones que ustedes hacen en el estudio, de si la gente con menos renta o las personas inmigrantes acceden menos al sistema, eso es porque están menos enfermos o es porque tienen un problema añadido al resto de ciudadanos para acceder al sistema. Es decir, que no colapsen la Atención Primaria, ¿es bueno o es malo? Toda esa reflexión que ustedes hacen yo la he utilizado. A mí me parece muy interesante.

Dicho esto, tres reflexiones, no me voy a extender mucho más porque no voy a entrar en el contenido del estudio. Es lo que es, lo ha expuesto bien, y tampoco voy a entrar a hacer ninguna puntualización ni mucho menos. Sí que la primera reflexión que hacía cuando leía el estudio es que yo creo que tenemos en Navarra la suerte de tener datos, por ejemplo, la base de datos BARDENA me parece que hay que explotarla todo lo posible, yo creo que es un tesoro, y el trabajo que ustedes hacen, además, de combinarla con otras bases de datos, me puedo imaginar el trabajo, no sé si me puedo imaginar, pero más o menos me puedo imaginar el trabajo que eso ha supuesto, es un trabajazo el combinar datos de distintas bases de datos. Pero sí que la base de datos BARDENA creo sinceramente que hay que explotarla todo lo que se pueda.

Otra reflexión que también hacía al leer el estudio es que realmente, y es una cosa que me ha sorprendido también, que los autores no firmen el estudio. Uno abre el estudio y no sabe quién lo ha hecho. Normalmente, los que venimos del mundo académico, cuando alguien hace ese trabajo es como imposible no poner su nombre en él. Es verdad que usted ha presentado aquí las universidades que han colaborado, y creo que desde el punto de vista metodológico es un estudio muy bueno, es verdad que han contado, lo he visto, con la colaboración de Navarrabiomed, que tiene un departamento de asesoría estadística que nosotros en la Universidad Pública de Navarra lo utilizamos y es muy bueno.

Pero aparte de la parte metodológica, sí que me ha llamado también la atención, y quizá sea también, no lo sé, por la colaboración con otras universidades, toda la parte de reflexión teórica. Usted lo ha señalado, todo el marco teórico que han construido y, sobre todo, no solo el marco teórico, sino también todas las reflexiones teóricas que han ido trayendo al estudio cada vez que aportan un resultado numérico, por así decirlo. Esa parte también es muy sólida y consistente.

Pero, y no es un «pero-pero», sino es, teniendo en cuenta estas dos cosas, la potencia de bases de datos que tenemos en Navarra, es decir, la cantidad de datos que tenemos, y teniendo en cuenta los recursos humanos de los que disponen en la Oficina de Análisis y Prospectiva, yo no sé hasta qué punto merecería la pena intentar dar soporte, y entiendo que este estudio da soporte, no digo que no dé soporte, pero dar soporte en toda la parte más de toma de decisiones a nivel de salud, es decir, avanzar más hacia modelos predictivos, incluso un *machine learning*,

que dé en tiempo real apoyo, pero yo estoy pensando sobre todo en el apoyo a la gestión y a la toma de decisiones en salud, porque realmente, insisto, creo que tenemos datos para ello, creo que tienen gente dentro de la oficina que lo podría hacer, y creo que eso podría ser interesante, sobre todo en estos momentos que estamos viviendo de transformación del sistema sanitario o de problemas en el sistema sanitario, intentar dar ese soporte más en tiempo real a través de modelos predictivos, insisto, a nivel de la gestión. Nada más. Quiero agradecerles de nuevo su presencia, y buenos días.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Mila esker, San Martín andrea. EH Bildu taldearekin jarraituko dugu orain, eta hitza emango diogu Arzuaga jaunari. Zurea da hitza hamar minutuz.

SR. ARZA PORRAS: Eskerrik asko, eta egun on guztioi. Mi agradecimiento por la presentación y zorionak por el estudio, por los resultados, pero especialmente quería dar la enhorabuena y agradecer el modelo, el modelo de determinantes sociales de la salud que han elegido para estructurar este estudio.

Es un modelo que a mí me apasiona, el modelo de los determinantes sociales de la salud, porque creo que nos aporta muchos aprendizajes. En concreto, yo creo que personalmente a mí me aporta dos grandes aprendizajes. El primero tiene que ver con una pregunta que nos plantea la OMS. La OMS nos pregunta de qué depende la salud de la población, y su respuesta es bastante provocativa, porque nos dice que la salud de la población no depende única ni principalmente del sistema sanitario. Incluso lo cuantifica, dice que la salud de la población puede depender en un 25% de los casos del sistema sanitario, pero en el 50% depende de la situación económica de la población.

Es decir que, por mucho que mejoremos el sistema sanitario en cuanto a medios y tecnologías, siempre va a tener un límite. La mejora global de la salud de una población precisa de mejoras económicas y sociales. Por poner un ejemplo, una vez que hemos conseguido una calidad mínima del sistema sanitario, puede llegar a provocar mayores cambios en la salud de la población la mejora de las pensiones, el incremento del salario mínimo, la derogación de la ley de extranjería, pueden lograr mejorar la salud de la población mucho más que una reforma del sistema sanitario o vetar o dotarle de mayores medios tecnológicos.

El segundo aprendizaje que me aporta es que la distribución de la salud o la enfermedad en la población no tiene una casualidad, no es aleatoria, sino que hay una causalidad, y que es muy importante buscar las causas, incluso las causas de las causas, que en la mayor parte de los casos, en coherencia con lo que nos plantea la OMS, tienen que ver con las condiciones de vida.

Eso es lo que demuestra este estudio que nos han presentado hoy, que existe un gradiente socioeconómico en la salud. Es decir, que a mayor pobreza, peor salud, y viceversa. Teniendo en cuenta las características de la pobreza en Navarra, donde los porcentajes de población en situación de pobreza se encuentran estancados durante los últimos años, eso quiere decir que hay sectores de nuestra población que están sometidos durante mucho tiempo a condiciones de vida que afectan negativamente a su salud, y eso quiere decir también que estos sectores están especialmente presentes en colectivos muy vulnerables, en personas menores de dieciséis años, personas con nacionalidad extranjera, personas gitanas, hogares monoparentales, y eso quiere decir también que esos sectores de nuestra población no están distribuidos

aleatoriamente, como decía, sino que están especialmente en determinados territorios, por lo que también estamos permitiendo que, por ejemplo, algunos barrios de Iruña o algunos municipios de la Ribera tengan peor salud que el resto de territorios de nuestra Comunidad.

Este estudio —no lo digo como crítica, porque bastante han hecho desde su equipo— no ha analizado un aspecto que suele estar muy presente en los estudios sobre los determinantes sociales de la salud, y me refiero a la esperanza de vida al nacer y el impacto que los determinantes sociales tiene en este aspecto tan importante. El más importante, quizás. En los últimos años se está utilizando como metáfora para visibilizar la influencia de los determinantes en la esperanza de vida los mapas de transporte de las ciudades, los mapas de transporte público. De esa manera se visibiliza de manera clara la influencia en la esperanza de vida del barrio o del municipio en el que se vive.

Por poner un ejemplo cercano, en un estudio realizado en Bizkaia se utilizó el mapa del metro para visibilizar la diferencia en esperanza de vida al nacer que significaba residir en torno a la estación de Bilbao La Vieja respecto a vivir en torno a la estación de Algorta, y la diferencia era de prácticamente diez años de esperanza de vida al nacer.

Si hiciéramos —y animo a que se pueda hacer— eso en el mapa de villavesas de la comarca de Pamplona, seguro que podríamos obtener datos similares, por ejemplo, en el caso de la línea 2, que va desde el Ensanche a Etxabakoitz, o la línea 8, entre el Ensanche y Buztintxuri, o la línea 10, entre Beloso Alto y Orkoien. ¿Por qué? Por la situación de la vivienda, por el tipo de urbanismo, por la situación del mercado laboral, por la situación de la educación, por la discriminación, etcétera. Es decir, por los determinantes sociales.

Ya yendo a la parte final de mi intervención, respecto a las recomendaciones que aparecen en el estudio, gran parte de ellas indican la necesidad de seguir investigando diferentes aspectos sobre el impacto de los determinantes sociales de la salud, y yo ahí querría añadir uno que entiendo que no ha podido ser investigado en este momento, y que la literatura científica dice que es uno de los más importantes, y es la influencia del factor étnico, y específicamente la incidencia de los determinantes sociales de la salud en la población gitana, que no es mencionada en este estudio. Sé que se está haciendo un estudio específico sobre esto, sobre la salud de la población gitana en Navarra, y quería aprovechar también por si nos puede adelantar cómo está esta investigación en este momento.

Ya sí que finalmente, y aunque ciertamente habrá que seguir investigando al respecto, creemos que ya existe evidencia suficiente, como decía también la señora San Martín, no solamente este estudio sino todos los estudios previos nos muestran evidencias suficientes que nos pueden permitir avanzar en el diseño y el desarrollo de políticas, que es lo que más compete a nuestra Comisión. Desde nuestro punto de vista, todas las recomendaciones para el diseño de políticas se podrían resumir en una, que es ampliar el concepto de lo sociosanitario, y yo ahí soy menos optimista que el Vicepresidente respecto a cómo está la atención sociosanitaria en nuestra Comunidad, porque creo que en los últimos años —y no solo en Navarra— lo sociosanitario ha sido restringido únicamente hacia lo vinculado con las personas mayores o con la discapacidad, y no, la necesidad de reforzar la coordinación entre los recursos sociales y sanitarios, la necesidad de introducir la mirada social en lo sanitario y la sanitaria en lo social es necesario en todo, hay que abarcarlo todo.

Especialmente, y teniendo en cuenta los resultados de este estudio, nosotros queríamos destacar tres aspectos prioritarios para introducir el enfoque sociosanitario. El primero tiene que ver con reforzar la atención sociosanitaria a las personas y familias perceptoras de la renta garantizada, y también a las personas de origen migrante, porque se demuestra que son sectores en los que se observa una situación de mayor desigualdad en salud. El segundo, la atención sociosanitaria en salud mental, donde se observa, por ejemplo, una mayor incidencia de la depresión y de la ansiedad en las mujeres o un infradiagnóstico en determinados colectivos de personas de origen inmigrante, o una peor situación económica en las personas con trastorno mental grave. En tercer lugar, otro ámbito donde habría que reforzar la atención sociosanitaria —y con esto concluyo— es la atención social en Urgencias. En los servicios de Urgencias aparece en el estudio que hay una mayor presencia de personas afectadas por la desigualdad en salud, y sería muy importante introducir esta parte social en estos servicios. Eskerrik asko.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko zuri ere, Ansa jauna. Orain Geroa Bai taldearekin jarraituko dugu, Aramburu andrearekin hain zuzen ere. Horretarako, baduzu hitza nahi duzunean hamar minutuz.

SRA. ARAMBURU BERGUA: Mila esker, presidente jauna, egun on guztioi. Bienvenidos, señores Taberna, García de Eulate y señora Ochoa. Gracias por el estudio, un informe realmente interesante nos ha parecido. El primer valor que le veríamos al estudio es precisamente una diferenciación de conceptos muy básica, pero que en muchísimas ocasiones se olvida, y es que habitualmente —demasiado habitualmente— hablamos de salud y, en realidad, estamos hablando de atención sanitaria, estamos hablando de todo lo que compete al sistema de salud, pero no hablamos de la salud propiamente dicha.

El sistema de salud o la atención en salud, aunque se incluye también la promoción y la prevención de la salud, no deja de ser una parte de esa salud, un componente. Pero, como demuestra y aterriza en Navarra el estudio, pues hay otros determinantes sociales que contribuyen mucho más a que el nivel de salud de la población o determinados colectivos de la población sea más o menos elevado. Como se ha dicho, el informe aterriza todo lo que la literatura ya dice en este sentido en Navarra, lo detalla, lo desmenuza, y nos parece que por eso es realmente interesante.

Antes de hablar un poco de las conclusiones a las que llega el estudio, yo quería hacer no sé si una pregunta, una reflexión, una duda que tengo con respecto a la metodología, porque dentro de las variables independientes que se han tenido en cuenta, como se ha dicho, en lo que tiene que ver con los ingresos, uno de los niveles que se ha analizado es la población que tienen menos de dieciocho mil euros, diferenciando quienes cobran renta garantizada y quienes no cobran la renta garantizada.

A lo largo del estudio me ha parecido que a veces estos dos colectivos coinciden en actitudes, en lo que se ha analizado, y otras veces tienen unos comportamientos contradictorios. Estuve mirando un poco, claro, las personas que cobran renta garantizada o las unidades familiares estarían siempre, en todo caso, por debajo de los mil quinientos euros al mes, que serían los que tendrían dieciocho mil euros al año. Entonces, no sé, se me ocurre que los que no perciben la renta garantizada tienen que ser personas pensionistas o unidades familiares con esos niveles de ingresos, pero menos miembros en la unidad familiar.

Quiero decir que quedaría por analizar, entiendo, no sé, me gustaría que me lo resolviesen, si pudiera ser, qué otras características tienen estos dos grupos de población para que se den esos resultados diferentes en lo que se analiza. No sé si me estoy explicando bien, pero son dudas que me surgían en la lectura del estudio, por qué unas veces salen unos datos y otras veces los contrarios, cuando en principio no debería haber tanta diferencia.

Viendo las conclusiones que presenta el estudio, desde luego, para nosotras la más importante es la constatación nuevamente de la importancia que tiene todo lo socioeconómico, el factor socioeconómico en la salud. Es constatar, como digo, nuevamente, que hay una clarísima y evidente relación entre pobreza y mala salud. No es nuevo, pero desde luego pensamos que hay que insistir en ello mientras pueda haber alguien que lo ponga en duda.

En el estudio se dice cosas muy concretas, peor estado de salud en los indicadores analizados entre quienes cobran más de dieciocho mil euros y menos, y entre quienes cobran la renta garantizada, como decíamos, y los que no la cobran.

Comentaba el señor Arza, y yo también hacía esa reflexión, nos recordaba ese dato, que la esperanza de vida, por ejemplo, en la población gitana, aunque haya mejorado en los últimos años, se ha constatado que tiene una menor esperanza de vida que el resto de la población general. La esperanza de vida, desde luego, es un elemento que estudiar y que nos daría muchísimos datos sobre todo lo que se analiza, pero en la misma línea que lo que hace el informe.

En orden a esto, para nosotras está claro que todas las políticas del Gobierno, no solo las políticas sociales, todas las políticas del Gobierno deberían tener en cuenta este factor socioeconómico en la salud y, concretando un poco más, yo veía la importancia que tendrá y esperemos que tenga el nuevo Plan Estratégico de Inclusión Social, que tendrá que abordar todos los ámbitos como la vivienda, el empleo, la garantía de ingresos, la educación, etcétera, en la medida que son, está claro, elementos que no sé si condicionan o casi condicionan un nivel de salud.

La segunda conclusión que nos parece importante es todo lo que tiene que ver con la renta garantizada como mecanismo corrector y reductor de ese factor socioeconómico en salud. Nos confirma lo que ya sabíamos, lo que siempre hemos defendido, que la renta garantizada es un elemento fundamental también en la protección de la salud, además de en otros aspectos, como proveedor de esos ingresos mínimos que ayuden a subvenir las necesidades más básicas. Pensamos, desde luego, en Geroa Bai que solo por eso ya tendría sentido el mantener y mejorar en todo lo posible la renta garantizada y el modelo de renta garantizada que tenemos.

El informe lo dice claramente, es taxativo en eso, no tiene ninguna duda del valor de la renta garantizada, y yo pensaba, cuando hay partidos de la derecha que cuestionan la participación de las personas que cobran la renta garantizada en el empleo, pues aquí también podemos tener algunas explicaciones de por qué es tan difícil muchas veces esa relación entre perceptoras de renta garantizada y mantener el empleo. Como digo, para nosotras la conclusión es clara, merece la pena mantener ese modelo de renta garantizada y, desde luego, todas las modificaciones que se hagan, que vayan en el sentido de mejorar la protección que tiene.

Con respecto a las diferencias en la utilización de los circuitos sanitarios por parte de algunos colectivos, sobre todo de personas migrantes, nos interesaría resaltar la eliminación del prejuicio y de la idea esa, generalizada, de que desbordan los recursos, que en principio, por edades, también la población migrante es más joven que la población autóctona, es lógico que hagan una menor utilización de los servicios de salud.

En segundo lugar, otra cosa que me parece importante es esa diferenciación que se ha hecho entre la procedencia de las personas migrantes, porque también muchas veces, incluso en la normativa, se habla de las personas migrantes como un todo, cuando en absoluto es un todo, sino que hay muchísimas diferencias, como se demuestra también en el estudio, en este caso en los comportamientos o en los resultados en salud. Eso me parece que también es interesante.

Como conclusiones, pensamos que los propios servicios tienen que seguir implementando medidas para hacerlos accesibles a toda la población. En ese sentido, nos parecería interesante que, por ejemplo, la figura de agentes comunitarias para la salud que hay en la población gitana desde hace un montón de años se pudiera igual extender a determinadas poblaciones migrantes con unas características culturales muy concretas, porque nadie mejor que los propios elementos de la comunidad pueden entender esas pautas culturales o incluso el idioma, en fin.

Hablando del idioma de algunas personas extranjeras, yo creo que ahí también puede residir una clave cuando se habla del posible infradiagnóstico de los trastornos mentales —que no enfermedades, desde que modificamos la ley de discapacidad, por cierto— en el acceso a la red de Salud Mental. En todo lo que tiene que ver con salud mental, el idioma, desde luego, es importantísimo, ahí no caben análisis de otro tipo, y posiblemente la cuestión del idioma sea también clave en ese sentido. Entonces, ahí también nos parece que podría ser interesante el que hubiera más traductores, más mediadores, mediadoras, en fin, otras figuras, y pensamos que este aspecto, desde luego, lo tendrá que contemplar el futuro plan de Salud Mental que está por hacer.

Con respecto a otras desigualdades, las desigualdades de género en salud, pensamos que esto es muy sabido, está bien que se corrobore, pero está bien sabido. No entraré en lo que se refiere a la covid, pasada está y los aprendizajes están bien.

Como conclusión, yo no iría tan lejos cuando se habla de lo sociosanitario, al menos en lo que tiene que ver con la gestión. Yo creo que cada uno de los sistemas tiene que tener presentes estos condicionantes, estos determinantes de la salud, pero no llegaría a hablar de lo sociosanitario como englobando todas las políticas. Habría que explicar muy bien qué es transversalizar o qué se quiere decir con transversalizar. Creo que sería un paso que cada uno de los sistemas se hiciera cargo de estos determinantes y se ocupase de que lo que hacen y lo que gestionan llegue por igual y con equidad a todas las personas, independientemente de sus características.

En segundo lugar, por supuesto, debo felicitar a los autores y autoras del estudio, porque realmente me ha parecido un buenísimo estudio y muy interesante, y finalmente animarles a seguir ampliando a otros temas, a otras cuestiones que no se han podido abordar, profundizando en lo que se ha analizado y en todas esas hipótesis formuladas, y todas esas hipótesis que abren los propios datos del estudio, porque realmente creo que será beneficioso

para la ciudadanía en todo esto que estamos hablando en sus niveles de salud. Nada mas. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko zuri ere, Aramburu andrea. Orain Alderdi Popularraren txanda da eta horretarako Royo andreak dauka hitza hamar minutuz ere. Nahi duzunean, aurrera.

SRA. ROYO ORTÍN: Gracias, Presidente. Buenos días, egun on. Primero quiero agradecer al señor Taberna, al señor García de Eulate y a la señora Ochoa que hayan venido aquí a explicarnos este informe, que además han participado desde la Oficina de Análisis y Prospectiva, el Servicio Navarro de Salud y el Gobierno de Navarra de una forma transversal, en concreto, centrándose en la influencia del sexo, la edad, el país de nacimiento, los ingresos y la renta garantizada.

Si tuviésemos que calificar este informe, para nosotros desde luego es un informe valioso e importante, porque, si bien es verdad que todas y todos teníamos evidencias de muchas de las conclusiones, pero, como se ha dicho, se ha dimensionado la realidad y no solo eso, sino que también hay sorpresas, de alguna manera, porque no todo era tan evidente, hay algunas sorpresas, y se le añade rigurosidad a toda la información de la que podíamos disponer.

Por no incidir en lo que se ha venido repitiendo, me voy a centrar un poco en las conclusiones, que son importantes. La relación, sobre todo, de la influencia del nivel de renta y la existencia de unos gradientes socioeconómicos, que rondan en torno a los dieciocho mil euros, y dentro de ellos los que perciben renta y no garantizada y, desde luego, la necesidad de potenciar la coordinación de todas las políticas públicas si queremos obtener resultados en salud.

No le había oído hablar de educación durante la exposición, por eso me ha gustado que, al final, justamente digo: pues aquí parece clave, sobre todo, la educación, y al final haya dicho, lo más importante, la educación.

Entonces, nosotros entendemos que si se quiere empezar a poner solución a estos problemas, no solamente, es verdad, habrá que incidir en políticas de vivienda, en políticas de empleo, en toda una serie de políticas, pero si encima los resultados queremos que no sean solo para el presente, sino de cara al futuro, aquí la educación parece clave. Eso, por un lado, con lo cual, se tendría que tener en cuenta en la educación, lo mismo que estamos hablando de que es importante formar, esta educación, cuando menos en salud, tendría que tener una parte como muy importante dentro de la educación.

También la prevención. Creemos que en esta Comunidad todavía vamos retrasados en lo que es la prevención, porque vemos que se está implantando políticas en otras comunidades que están, sobre todo, incidiendo en la prevención. Entonces, yo creo que este informe lo que viene a decir es que hay que insistir todavía más en la prevención. Entonces, como digo, la pregunta clave después de este informe sería: ¿cómo mejorar la salud?

Es verdad que hay muchas posibilidades, pero no todas son fáciles de implementar, y hay que tener también en cuenta, de las políticas que se implantan, cuáles son las más eficaces en cuanto a resultados. Pues es evidente que el tema de la educación y la prevención, para empezar, serían, para nuestro modo de entender, importantes si quisiésemos obtener mejoras en la salud. Nada más. Muchísimas gracias. Eskerrik asko.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Mila esker, Royo andrea. Zurekin Nafarroa taldearekin jarraituko dugu eta horretarako bere bozeramailea den López jauna. Zurea da hitza hamar minutuz.

SR. LÓPEZ CÓRDOBA: Mila esker, lehendakari jauna. Gracias, señor Vicepresidente. Gracias, señor García de Eulate, señora Ochoa. Gracias por el aporte de datos. Voy a compartir las reflexiones que ha lanzado el señor Arza sobre la importancia de los determinantes sociales en salud, por lo que celebramos el enfoque que se le ha dado al estudio.

Yo también he echado un poco de menos el incidir en la esperanza de vida como dato, ya que la esperanza de vida no puede depender —o no debería depender— del nivel de renta o de la zona en la que se resida, como ya está pasando en algunas zonas y en algunos lugares de Navarra.

Por poner un ejemplo, y no me voy a ir a Bilbao, hace un año y medio salió en prensa, no sé si era un estudio o simplemente era un artículo, en el que se comentaba que, por ejemplo, los vecinos de Iturrama tienen tres años más de esperanza de vida que los vecinos de la Rochapea. En los apenas tres kilómetros lineales que separa ambos barrios, por kilómetro se pierde un año de vida. Esto es muy preocupante, y estamos hablando de las desigualdades que se están dando dentro de una misma ciudad. Habría que conocer los datos de la Comunidad en conjunto para ver dónde está el nicho de trabajo y dónde debemos centrar nuestros esfuerzos. En ese sentido, no me he leído el informe completo, pero sí que sería interesante conocer los datos territorializados. No es lo mismo la Sakana que la Ribera que Baztan que la Cuenca.

Por detenerme en algunas píldoras y no repetir, hablando de salud mental, esto es una prioridad para nuestro grupo durante esta legislatura, la semana pasada, el 13 de enero, se celebró el Día Mundial contra la Depresión y también salieron varios datos a la luz. Uno de los más relevantes que pudimos conocer es que los datos de depresión, que también han salido aquí, son mucho más elevados en porcentaje entre las mujeres. Este año se valoraba un 65%.

No es un porcentaje anecdótico, además, es un porcentaje que se va manteniendo en el tiempo. En 2020, por ejemplo, era 66% de mujeres frente al 34% de hombres; en el 2021, 67% de mujeres; en el 2022, 66%; este año, 65%, y esto, señores, compañeros y compañeras, es por los condicionantes sociales.

Antes de terminar sí que me gustaría plantear un par de dudas. Una sobre los datos de salud mental, más que nada porque la tabla se veía un poco un poco pequeña, a ver si nos podrían ampliar la información; y otro sobre la frecuencia sanitaria. Se ha comentado que aquellas personas con una renta inferior a dieciocho mil tienen más frecuencia que los que no. No sé si se han analizado también los datos de la sanidad privada, porque obviamente, a más renta, es cierto que hay más seguros privados, y el grado de incidencia que eso podría tener en el estudio.

Luego, con el tema de la población migrante y el acceso a la Atención Primaria, no sé si dentro del estudio se ha valorado también el grado de conocimiento que pueda tener la población migrante a la hora de acceder a los servicios. Por si pueden ampliar la información, que a lo mejor esto no es tanto objeto de este estudio, sino que igual ya debería ser del propio departamento, pero por si tienen los datos.

Por no alargarme, agradecemos los datos que nos han desgranado. Nos han dibujado un mapa, no un mapa territorial, como digo, pero sí un mapa social de la situación en Navarra en lo referente, en este caso, a la salud, pero también dibujan un mapa de actuaciones. Esperamos que con estos datos que tenemos se haga un buen uso de esos datos, porque la misión de todo observatorio u oficina de análisis no es solo recabar los datos sin hacer un uso inteligente de ellos, para que las políticas de este Gobierno se orienten a mejorar esos números o a solucionar los problemas que se detecten y, en definitiva, a mejorar la vida de todos los navarros y navarras. Es todo. Eskerrik asko.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko zuri ere, López jauna. Eta taldeekin bukatzeko, hitza orain Vox taldeari dagokio, eta horretarako bere bozeramailea den Nosti andrea. Zurea da hitza hamar minutuz.

SRA. NOSTI IZQUIERDO: Muchas gracias, señor Asiain. Bienvenido, señor Taberna, García de Eulate y señora Ochoa. Este trabajo, que me parece muy interesante, en realidad lo que ha hecho es confirmar las sospechas que todos teníamos en cuanto a la situación socioeconómica y su influencia en los determinantes de salud. Han buscado grupos indicadores de salud en los que sí, efectivamente, influyen mucho los aspectos socioeconómicos, otros no los han tenido en cuenta, quizá porque no tenían nada que ver, como pueden ser un infarto agudo de miocardio o una EPOC. Entonces, hemos visto sobrepeso y obesidad.

El sobrepeso y la obesidad son mucho más frecuentes, efectivamente, en los niveles de renta más bajos, y eso tiene una explicación. ¿Por qué? Porque los niveles socioeconómicos más bajos tienen menos acceso a la alimentación rica en proteínas. Entonces, si tienen menos acceso a la carne y al pescado, tienen mejor acceso a lo que son hidratos de carbono y, por lo tanto, es más frecuente que se dé un sobrepeso y una obesidad junto con la diabetes mellitus tipo 2, que generalmente es una consecuencia de lo mismo. En esto, yo creo que se ha quedado claro, no solamente en lo que sospechábamos, sino que ha quedado claro con los datos estadísticos.

En cuanto a salud mental, la depresión, la ansiedad y el trastorno adictivo también es más fácil que se den en niveles socioeconómicos bajos, ya que esto conlleva a unos sentimientos de frustración día a día, de no poder tener lo que quieres de acceso para ti y para tu familia, y por ello se presentan de esta manera.

La depresión y la ansiedad han dicho ustedes que son más frecuentes en las mujeres, y que en los hombres son más frecuentes los trastornos adictivos. Esto aquí queda un poco como borrado, porque resulta que los trastornos adictivos en realidad son una forma de depresión. Sí, en la mayor parte de los casos los pacientes que quedan enganchados a algún tipo de sustancia o simplemente al juego realmente es porque están buscando un alivio de su ansiedad y su depresión con estas tendencias.

Luego las mujeres, han hablado también de la pandemia, es más incidencia en las mujeres el covid. Claro que ha sido más incidente. En las residencias normalmente los cuidadores son mujeres, y en los hospitales las enfermeras son mujeres generalmente, y en los médicos hay un cincuenta y cincuenta. Por eso tiene toda su lógica.

En cuanto a la inmigración, estaban hablando de los circuitos sanitarios. El colectivo de inmigrantes, todo dependerá de cada tipo de colectivo, por ejemplo, el colectivo de hispanoamericanos es más demandante de Atención Primaria. No digo que sean más que los navarros autóctonos, sino que son más demandantes en la Atención Primaria porque, a lo mejor por el idioma, se informan antes. En cambio, los chinos ni son demandantes en la Atención Primaria ni son demandantes en Urgencia. Generalmente son muy poco demandantes; y los magrebíes, marroquíes y todos estos africanos, yo creo que igual por falta de información, lo que sí acuden con mucha frecuencia es a los servicios de Urgencia, pero no porque tengan enfermedades más graves, sino porque ellos van cuando tienen un simple catarro también, porque no saben, igual no tienen la información que debieran para canalizar sus necesidades a los sitios adecuados.

Luego hay otro también, en el caso de los africanos musulmanes hay una cosa que yo en mi experiencia lo he visto, que acuden a los servicios de Urgencias acompañando a sus mujeres, porque su machismo recalcitrante no les permite dejarles que ellas solas acudan a Atención Primaria, y entonces ellos van a acompañarlas con la excusa de que tienen que traducirles el idioma, cuando tienen las mismas posibilidades de aprenderlo que ellos. Yo creo que todas estas cosas poquito a poco se van corrigiendo. Como al principio ellos tampoco querían que ser vistos por médicos mujeres, y que sus mujeres no fueran vistas por médicos hombres, pues este era un problema que poquito a poco se va resolviendo.

Lo más importante —a mí me parece— de este estudio es la coordinación que han llevado ustedes a cabo y los objetivos para que no se den estas desigualdades. Por ejemplo, es muy importante la incorporación de la valoración social por parte de Atención Primaria, eso me parece fundamental. La información sociosanitaria, todos los colectivos, tanto de inmigrantes como de autóctonos. El servicio de teletraducción, que ya está en marcha, y que, además, no podemos tener todos los idiomas del mundo mundial, pero sí que también están muchos mecanismos y muchas herramientas en el ordenador y en el móvil. Ahora en el móvil hablas en un idioma y te lo traduce al que quieras, pero en el ordenador mismo, con Google y el traductor, en idiomas que no tenemos teletraducción se pueden hacer también muchas cosas. Quizá en Salud Mental sea más difícil, pero es que tampoco podemos pedir que tengamos todos los traductores de todas las nacionalidades. Pero, bueno, se van haciendo cosas.

Programa de convalecencia sociosanitaria, que también se está llevando a cabo poco a poco, también es muy importante, porque hay muchas familias de colectivos que, cuando se van a su casa, no reúnen las condiciones necesarias y no saben cómo organizarse para que el paciente, una vez que se le dé de alta, llegue a su estado de salud satisfactorio, y esto lo están haciendo con este programa.

Otros programas importantes, que también lo reflejan ustedes, son los PAISS implantados en las zonas básicas de salud de Tafalla, de Estella y Tudela, que ya serían para necesidades sociosanitarias más complejas. En resumen, creo que la salud no solamente es la ausencia de enfermedad, sino también el bienestar social y económico de cada persona.

Quería hacer también un inciso, porque estamos hablando de las rentas de dieciocho mil más la renta básica. Hombre, pues si a la renta de dieciocho mil le das la renta básica, le añades un poquito más de ingresos que tendrá esa persona. No sé, a lo mejor es que no he entendido yo

lo de dieciocho mil, y luego la renta básica. Yo le he oído decir a la señora Esporrín que la gente que está cobrando dieciocho mil euros más la renta básica…

Bueno, pues entonces se podrá tener dieciocho mil euros al año, más lo que sea la renta básica. Eso es un poquito mejora económica para esa persona, y si simplemente con esa mejora económica ya se ve que hay una mejoría de la salud, habría que plantearse no solamente la renta básica, que a fin de cuentas es una obrita de caridad, lo que hay que plantearse es promocionar, hacer unos buenos planes para que el trabajo en Navarra sea una realidad, hacer que la gente cobre unos buenos sueldos, que no solamente sirve el aumentar el salario mínimo interprofesional, sino que hay personas que de su sueldo están pagando de IRPF unas cantidades abusivas, con lo cual habría que mirar también este tema.

Porque, claro, estamos trabajando, ¿para mantener a qué con esas cantidades abusivas de IRPF? Esa sería otra cosa para tener en cuenta, pero creo que esto no es el tema de esta Comisión, así que lo dejo, y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko zuri ere, Nosti andrea. Taldeekin bukatu eta gero, hitza emango diogu berriro bai Taberna, bai García de Eulate jaunari, oraingo honetan hamar minutuz. Nahi duzuenean.

SR. CONSEJERO DE PRESIDENCIA E IGUALDAD (Sr. Taberna Monzón): Gracias, señor Presidente. La verdad, desde el Gobierno de Navarra queremos agradecer las reflexiones, aportaciones y nuevas líneas de actuación que todos los grupos parlamentarios han dado esta mañana. La verdad es que, con sus reflexiones y aportaciones, lo que se contribuye, por un lado, es a dar vida al presente estudio y dar fuerza y, sobre todo, animar a continuar otros estudios, como así han apuntado tanto en el ámbito de más de sesenta y cinco años, colectivos técnicos, esperanza de vida, es decir, otros cortes también del estudio.

Yo creo que el Gobierno de Navarra es un tema que ha salido aquí, la transversalidad de todas las políticas públicas, que van desde las propias de empleo hasta las propias de vivienda, educativas, sanitarias, sociales. En ese sentido, cuando se construyó este nuevo departamento, precisamente quería contribuir a ello, y en este departamento se aloja, por un lado, nuestro Instituto Navarro de Estadística, se aloja el Observatorio de Análisis y Prospectiva, se aloja también el Instituto Navarro para la Igualdad, porque también hay que tener una perspectiva de género en todas las políticas públicas, y la Dirección General de Planificación, Programación, Innovación y Evaluación de las Políticas Públicas, porque creemos en esa transversalidad que tiene que tener.

Dos reflexiones al hilo de lo que ustedes han comentado, yo creo que este estudio, y también las reflexiones de ustedes, nos pueden permitir en dos ámbitos. El primer ámbito es la necesidad en su conjunto, no solamente en el ámbito sociosanitario, sino en su conjunto, que la ciudadanía acceda a las prestaciones, acceda a la propia Administración y, por lo tanto, es un reto la accesibilidad universal, no solamente en el ámbito de personas con determinadas discapacidades o determinadas vulnerabilidades, sino la accesibilidad universal de todo el conjunto de las prestaciones, de las provisiones y también, cómo no, del sistema fiscal, que también sus políticas redistributivas son muy importantes. Es necesaria esa accesibilidad universal.

La segunda, avanzar también —sin desmerecer, lógicamente, la prevención— en la predictibilidad. En tiempos de covid se hizo parámetros de predictibilidad y sabíamos qué nos venía después de un inicio de una nueva etapa, y la predictibilidad, junto con la telemedicina en este caso, también yo creo que son herramientas que nos pueden reforzar y mejorar en estas políticas públicas.

SR. DIRECTOR GERENTE DE LA OFICINA DE ANÁLISIS Y PROSPECCIÓN (Sr. García de Eulate Jiménez): Muchas gracias por las aportaciones. Voy a tratar de responder. Tengo diez minutos, me parece, o algo menos ya. Me permitirán ir a lo molar, a lo que me ha parecido más importante, pero, insisto, estamos ahí para lo que quieran y les responderemos cualquier cuestión.

Empezando por la señora Esporrín, efectivamente, la RG aparece como una salvaguarda. En el tema de la RG, estamos hablando de menos de dieciocho mil con RG, y menos de dieciocho mil sin RG. No es más RG o menos RG.

Estamos hablando de personas únicas. No son expedientes que se pueden repetir, son personas únicas. De ahí lo importante de contar con la base BARDENA. Es decir, son el 97% de la población Navarra, pero, en este caso, si es de quince a sesenta y cuatro, estamos hablando de un porcentaje del sesenta y tantos por ciento. Es decir, esas trescientas y pico mil son personas únicas.

Efectivamente, no lo he comentado, pero en las personas con menos de dieciocho mil euros, la probabilidad de vacunaciones ha sido menor. Eso lo hemos demostrado también.

En cuanto a otras enfermedades, efectivamente, ahí hemos tenido que acotar de alguna forma. También respecto a los colectivos en cuanto a edad. Por supuesto, habría que hacer un análisis, quizás específico, de los menores. Estamos hablando de pobreza en menores, etcétera, y también de los mayores de sesenta y cinco años. En este caso no hemos abarcado todo eso, pero lo apuntamos y, desde luego, de interés.

En cuanto a la señora San Martín, efectivamente, la base de BARDENA hay que aprovecharla. Tenemos recursos suficientes internos en cuanto a bases de datos de registro que nos dan mucho juego y, efectivamente, esto es un ejemplo de ello. Yo creo que hay que aprovechar recursos. Nosotros, como oficina de análisis y prospección, también nuestra labor es esa, la de transversalizar y la de aprovechar también las distintas herramientas que tenemos a nivel de Gobierno de Navarra, en el sentido de las distintas bases de datos de empleo, del Servicio Navarro de Empleo, de BARDENA, de Derechos Sociales, etcétera.

El objetivo por el que se ha creado también la Oficina de Análisis y Prospección precisamente es ese apellido de prospección, que parece de bola de cristal. Estamos hablando de prospección, de prospectiva, de adelantarnos a los tiempos y de aprovechar también o utilizar esos modelos predictivos para realizar política. Me parece que es clave. En eso estamos también.

El señor Arza comentaba también el tema de la esperanza de vida. Efectivamente, es otro de los elementos que sí que han aparecido en nuestro análisis también de bibliografía, pero ahí sí que no hemos tenido un análisis pormenorizado de ese tema, por eso no aparece en el estudio. Pero eso sí que ligado, me parece fundamental, y ese es uno de los debes y que tenemos que estudiar

y analizar, es la perspectiva territorial. El espacio, efectivamente, ya no solo de los barrios de Pamplona, sino también del territorio. Somos pocos, pero somos muy diferentes en los territorios. No tiene nada que ver la situación socioeconómica de la Ribera con la de la Sakana, por ejemplo, también en cuanto a la población que vive en esos territorios. Entonces, efectivamente, sería una segunda parte hacer ese análisis, esa mirada territorial. Me parece importante.

La señora Royo hablaba, efectivamente, de la educación, clave. Nosotros en esta base no contábamos con datos de Educación, pero nos parece un elemento fundamental, educación y en relación también con la prevención. Voy a poner un ejemplo también. Estábamos hablando, por ejemplo, de una de las enfermedades que hemos estudiado, el tema de diabetes. Estamos hablando no solo de medición, sino control. Quiero decir, te puedes medir y tener un mal control de la enfermedad, y eso pasa también por la formación y por la educación de la enfermedad, de la cara de la prevención. Me parece importante también esa perspectiva, y hemos visto también que hay diferencias no solo por la perspectiva de género, sino también de los propios colectivos, en cuanto a la medición y en cuanto al control. Estamos hablando de prevención, que, efectivamente, estoy totalmente de acuerdo.

El señor López hablaba de la esperanza de vida, y lo comparto, efectivamente, es una de las cuestiones que había, es más, una consecuencia de lo que hemos venido viendo, quiero decir que seguramente, si añadimos ese análisis de esperanza de vida, no descubriremos nada, pero dimensionaremos, lo que venía a decir. Unos niveles de vida, una esperanza de vida menor en aquellos colectivos, en aquellos grupos, en aquella población con peor situación socioeconómica, desde luego. Me lo apunto también.

El tema que comentaba, de salud mental, pues ahora, como tengo el tiempo limitado, si quiere ya se lo daré, se lo explicaré y le informaré. Sí que es cierto que nosotros no tenemos datos de la sanidad privada. Tenemos la base, el fundamento es esa base de registro de toda la población, pero ahí sí que los datos, que serían muy interesantes, desde luego, del tema de la sanidad privada, habría que tenerlos en cuenta también.

Ahora recuerdo así lo que hemos comentado de la etnia gitana. ¿Cuál es el problema? El problema es que, en tiempos, sí que había muchos más datos de registro. Pero, claro, estamos entrando en temas que a los técnicos, a los sociólogos, efectivamente, nos interesa tener esos análisis. Desde el punto de vista ético, que una base de datos diga si usted es de etnia gitana o no, siendo de Navarra de toda la vida, ¿me explico? O sea, quiero decir que la cosa… El país de nacimiento, tal. Pero, claro, ahí siempre, bueno, yo creo que el señor Arza habrá sufrido este tema también, porque contamos con limitaciones que nos hace… Bueno, es complicado llegar a análisis con tanta rigurosidad como el que hemos presentado.

Señora Nosti, efectivamente… Aramburu… (MURMULLOS). Se me ha traspapelado. (RISAS). Me perdonará. ¿La duda? Bueno, efectivamente, las variables, independiente lo de ingresos sin y con RG, efectivamente, esos dieciocho mil con RG y sin RG. ¿Qué hay diferencia? Es evidente. Un dato cuantitativo para que nos hagamos una idea. El número de personas analizadas de menos de dieciocho mil y sin RG, estamos hablando de en torno a 260.000. Las personas de menos de dieciocho mil con RG, estamos hablando de en torno a las 37.000.

¿Qué diferencias hay? Una básica o clave, que es el tema de la edad. De las personas de menos de dieciocho mil que no cobran RG, aproximadamente más del 15%, entre el 15 y el 20% son personas de más de cincuenta y un años, con sus estrategias, cuando estamos hablando… Es otro colectivo. En el caso de las personas con RG, lo que es la edad media es más baja. Hay algunas características en el propio informe que sí que hay diferencias. No hemos recabado excesivas variables en ese sentido, pero sí que hay algunas diferencias, pero ya solo en términos cuantitativos, efectivamente, son colectivos diferentes.

Se ha repetido también, hemos comentado el tema de la heterogeneidad del colectivo inmigrante, efectivamente, yo creo que es necesario también diversificar en cuanto a los recursos y adaptar los recursos también a la heterogeneidad del propio colectivo. En eso estamos todos de acuerdo y, efectivamente, la señora Aramburu en eso incidía. Si me dejo algo así muy interesante me comentan.

Para terminar, porque yo creo que me he comido ya el tiempo, la señora Nosti, efectivamente, hablaba de esas diferencias de colectivo. Estamos hablando del tema idiomático, que es fundamental, y me ha gustado escucharle esa perspectiva de género en cuanto al problema que hay también en cuanto a las mujeres inmigrantes y sus acompañantes, migrantes magrebíes en este caso, pero es una realidad que todos sabemos y que también tiene su repercusión en el uso del sistema sanitario.

En cuanto a la RG, lo que he comentado, efectivamente, menos dieciocho mil con RG y sin RG. No es que se sume. Entonces, yo creo que eso es un poco las contestaciones. Insisto, en cualquier momento, cualquier cuestión que me quieran plantear ya con más calma y con más tiempo estaré encantado de responderles.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko beste behin zuei, biei. Bigarren txanda bat irekitzeko aukera dugu. Ez dakit inork parte hartu nahi duen bigarren txanda honetan. Bestela, hemen eskerrak berresten bai Taberna, bai García de Eulate eta bai Ochoa andreari. Hemen uzten dugu momentuz bilera eta hamabiak eta laurdenetan gai zerrendako bigarren puntuarekin jarraituko dugu. Beraz, ordu horretan elkar ikusiko dugu berriro beste behin hemen. Eskerrik asko. Gero arte.

(Se suspende la sesión a las 11 horas y 9 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 12 horas y 25 minutos).

**11-23/COM-00116. Comparecencia de la gerente del Área de Salud de Tudela para explicar la situación del Hospital Reina Sofía de Tudela.**

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Arratsalde on, jaun-andreok. Batzorde honekin jarraituko dugu, eta kasu honetan, gai zerrendako bigarren puntuarekin, hain zuzen ere, Tuterako Osasun Barrutikoko kudeatzailearen agerraldia, Tuterako Reina Sofia ospitalearen egoera azal dezan. Horretarako gurekin dugu Ana Campillo Arregi, hain zuzen ere, eta berarekin etorri diren Alfredo Martínez, Ignacio Gonzalo eta Maria Sanz. Eskerrak eman nahi dizkiet hona etortzeagatik eta beraiek emango dituzten azalpen guztiengatik. Hitza emango diogu kasu honetan Ana Campillo andreari, berak emateko behar dituen azalpenak. Horretarako, hogeita hamar minutu dituzu. Nahi duzunean, zurea da hitza. Aurrera.

*[Buenas tardes a todos y todas. Continuaremos con esta Comisión y, en este caso, con el segundo punto del orden del día: la comparecencia de la gerente del Área de Salud de Tudela para explicar la situación del Hospital Reina Sofía de Tudela. Para ello, tenemos con nosotros a Ana Campillo Arregi, y con ella a Alfredo Martínez, Ignacio Gonzalo y María Sanz. Quiero darles las gracias por su presencia y por todas las explicaciones que darán. Le daremos la palabra en este caso a la señora Ana Campillo para que dé las explicaciones que estime convenientes. Para ello dispone de treinta minutos. Cuando quiera, tiene usted la palabra. Adelante].*

SRA. GERENTE DEL ÁREA DE SALUD DE TUDELA (Sra. Campillo Arregui): Nos encontramos aquí para explicar la situación del Hospital Reina Sofía de Tudela, y empezaré por comentar que este es el centro de referencia del área de salud de Tudela. Aquí se atiende a una población de unos cien mil habitantes, distribuidos en veintidós municipios y siete zonas básicas de salud. Si bien para la atención a las urgencias se presta servicio a una población de unos ciento veinte mil habitantes. (MURMULLOS).

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Perdón. No había comentado que, efectivamente, la petición, eskaera Irene Royo andreak eskatu zuen eta horregatik zuk hasi baino lehen hitza berari eman behar genion. Barkamenak eskatzen dizkiot Irene Royo andreari, berari zegokion hitza zuei eman baino lehen. Ez dakit azalpenaren bat eman nahi baldin baduzu, zurea da txanda eta gero jarraituko dugu Ana Campillo anderearekin. Beraz, nahi baldin baduzu hitz egin bost minutu horietan.

*[La petición es de la señora Irene Royo y por eso antes de que usted comenzara su intervención tendríamos que haberle dado a ella la palabra. Pido disculpas a la señora Irene Royo antes de darle la palabra que le correspondía. No sé si quiere usted dar alguna explicación. Es su turno y luego seguiremos con la señora Ana Campillo. Así que si lo desea, puede hablar durante esos cinco minutos].*

SRA. ROYO ORTÍN: Gracias, Presidente. Buenos días. Egun on. Primero quiero dar la bienvenida al equipo que ha venido un poco para explicarnos la situación del área del Hospital Reina Sofía de Tudela. El motivo de nuestra petición, más que nada también por situarles, deviene de que el 7 de diciembre nos desayunamos con la noticia de que en el Hospital Reina Sofía se cerraba su unidad de UCI por falta de médicos, en este caso de intensivistas. Es verdad que esto podríamos haberlo entendido como un problema puntual, pero por las noticias que en torno al Hospital Reina Sofía vienen apareciendo, entendíamos que no solamente era un problema puntual, sino que es la punta de un iceberg de problemas de gestión en la sanidad navarra y, en concreto, del Hospital de Tudela.

Como digo, no era la única noticia. Ha habido noticias en otros momentos sobre la falta de guardia en Urología, sobre la falta de guardias en Radiología, también aparecían noticias de Satse, de alerta de la saturación de Urgencias, del CSIF de alerta de los problemas en pacientes y profesionales, entonces, una serie de noticias con las que, como le digo, nos parecía lo más adecuado y pertinente no solamente ver qué había pasado con la UCI en el Hospital de Tudela, sino que se nos aclarase la situación del Hospital Reina Sofía de Tudela. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko, Royo anderea. Orain bai, orain hitza emango diogu Campillo andreari, bere azalpenekin jarraitu ahal izateko.

SRA. GERENTE DEL ÁREA DE SALUD DE TUDELA (Sra. Campillo Arregui): Buenos días de nuevo. Entonces retomamos la intervención, que justo habíamos empezado a hacer la introducción comentando que es el hospital que da atención al área de salud de Tudela, a una población de cien mil habitantes, y ciento veinte mil habitantes cuando se trata de la atención a las urgencias, con base en los convenios suscritos con las comunidades limítrofes, muy especialmente con la zona de Tarazona.

El área de salud de Tudela está dividida en siete zonas básicas de salud, dos zonas urbanas en Tudela, los centros de salud Tudela Este y Oeste. Hay, además, un consultorio, el de Fontellas, y el servicio normal de Urgencias o la Urgencia Extrahospitalaria, y luego hay cinco zonas básicas rurales con sus respectivos centros de salud, quince consultorios y siete puntos de atención continuada. Por otra parte, tenemos una serie de recursos sanitarios que lo son para toda el área, que son el propio Hospital Reina Sofía, el centro de salud mental y el CASSyR o Centro de atención a la salud sexual y reproductiva.

Como se puede apreciar, nosotros tenemos organizada la atención en un área integrada de salud y, como se puede ver así, visualmente y de modo muy rápido, este es nuestro mapa de procesos, y tanto los procesos estratégicos como los operativos como los de soporte tienen la cobertura de la Atención Primaria, Hospitalaria, la Salud Mental, tenemos una serie de servicios transversales, y toda esta forma de proceder la tenemos recogida en el plan estratégico del área de salud que se elaboró para los años 2021 a 2024, y aquí tienen un esquema del mismo.

Ya pasada esta orientación inicial, como la solicitud de la comparecencia era referida al propio Hospital Reina Sofía, a partir de este punto nos vamos a centrar un poco más en la exposición sobre el mismo.

En cuanto a su localización geográfica, la verdad es que tiene una localización estratégica, porque está situado en el centro geográfico de la Ribera. La población más cercana es Tudela, porque recordemos que está fuera del núcleo urbano, está a dos kilómetros y medio de Tudela, y Villafranca es la población más alejada, a veinticuatro kilómetros. Como se puede ver en la imagen, los siete centros de salud y los dos PAC se encuentran situados, vamos a decir, en forma de estrella. Es una localización radial, para la cual el ratio horario es menor a treinta minutos desde cualquier punto del área hasta el hospital.

Así, algunos datos generales que repasaremos, el hospital fue inaugurado en febrero de 1986. Es un centro que tiene 156 camas de hospitalización convencional en el propio centro y, además, 30 camas de hospitalización domiciliaria. En cuanto a quirófanos, en el bloque quirúrgico nuevo, de más reciente construcción, tenemos 5 quirófanos de cirugía con anestesia general, y lo que era el bloque quirúrgico antiguo, ahí hay tres 3 quirófanos que se usan para cirugía local. También a título orientativo, en cuanto al presupuesto, el presupuesto consolidado del 2023 ronda los 100 millones de euros.

En cuanto a la dotación de recursos, como comentábamos, hay 156 camas en el centro y 30 de hospitalización a domicilio, además, 21 camas de CMA, 3 incubadoras, 2 paritorios, los 8

quirófanos que ya hemos mencionado previamente, 4 salas de rayos, y en cuanto a dotación, vamos a decir, para pruebas radiológicas, 1 escáner, 1 resonancia, 1 mamógrafo y 26 ecógrafos en el hospital. Hay muchos más en el ámbito de Primaria.

En cuanto a las infraestructuras e inversiones, por mencionar únicamente los mayores hitos o los grandes hitos de los últimos años, en el 2019 se incorporó el equipo de resonancia propio al hospital. En el año 2020, al igual que en muchos otros ámbitos, se llevaron a cabo múltiples reformas y adaptaciones durante la crisis covid para poder dar respuesta a la misma, y en el año 2021 se inauguraron unas infraestructuras para un nuevo circuito respiratorio de Urgencias, que hoy en día ya se ha mantenido su funcionamiento. Se abrió una nueva sala de extracciones y pruebas preoperatorias y se llevó a cabo una reforma de toda el área pediátrica, incluyendo, entre otros, un nuevo gimnasio para pediatría y una sala de tratamientos, formato Hospital de Día Pediátrico.

A finales del 2022 y dentro del programa de renovación tecnológica con fondos europeos, el escáner que teníamos previamente, que era el primero que habíamos tenido en el hospital, se renovó el equipo de escáner por uno nuevo de altas prestaciones. También en el año 2022 se abrieron unidades periféricas de Rehabilitación o lo que les llamamos popularmente los gimnasios periféricos, en todas las zonas básicas rurales. Este nos parece un dato a reseñar, porque esto ha permitido que muchos de los tratamientos para los cuales los pacientes del área de los distintos municipios pueden llevar a cabo en su propio centro de salud sin tener que desplazarse al hospital.

En el 2023, las dos grandes obras que se han culminado, porque esto ha sido un proceso de tres años, han sido la nueva Unidad de Hemodiálisis, que ha duplicado la capacidad de esta y nos ha permitido que algunos pacientes que por falta de capacidad tenían que venir a dializarse tres veces en semana a Pamplona, ahora ya todos ellos tienen cabida y se pueden dializar en Tudela. Luego, además, se ha completado la reforma de la planta baja del centro de salud de Tudela Este y del servicio normal de Urgencias, y precisamente en el día de hoy va a entrar en funcionamiento este nuevo servicio normal de Urgencias a partir de las tres de la tarde.

Esos eran los grandes hitos de los últimos años, y en cuanto a los proyectos para los próximos, próximamente se acometerá la licitación de la ejecución de obra de la nueva farmacia, que también va a duplicar su capacidad, nos va a permitir modernizarla desde el punto de vista tecnológico, y también va a suponer un avance importante en cuanto a humanización de la atención, con una nueva sala para atención a pacientes y demás. También se van a renovar dos salas de Radiología, y se van a equipar dos quirófanos. En el bloque quirúrgico nuevo había dos quirófanos todavía sin equipar, que próximamente se equiparán.

Además, estamos trabajando en los proyectos para renovar el área de observación de Urgencias, de Rehabilitación y de la Hospitalización a Domicilio, y si bien no es propiamente una infraestructura del hospital, también nos parece importante reseñar, como área integrada que somos, que en esta próxima legislatura, y como saben ustedes que está incorporado en el acuerdo programático, la reforma y ampliación del centro de salud de Gayarre-Tudela Oeste.

En cuanto a los profesionales, a la plantilla del hospital, en esta tabla están recogidas tanto la del ámbito de Primaria como del hospital. El área tenía una plantilla media en 2022 de 1.336

profesionales, de los cuales 216 eran personal no sanitario y 1.120 sanitarios, y lo que es propiamente en el hospital, un total de 1.025 profesionales.

Al comentar este tema, respecto a la plantilla y a la dotación de profesionales, es cierto que una de las cuestiones a las que nos tenemos que enfrentar en ocasiones es a los problemas referidos a la plantilla. Pero es importante reseñar que la plantilla del área de salud, como se puede ver en este gráfico, ha crecido de modo notorio en los últimos cuatro años. De modo más importante, un 20% se ha incrementado en lo que es en el ámbito de Atención Primaria, un 11,4 en el hospital, pasando de 920 personas en la plantilla media del hospital en 2019 a 1.025 en 2022, y como promedio en el área nos sale un crecimiento de la plantilla media de un 13,3% en cuatro años, lo cual parece una cifra reseñable.

Pero si bien es cierto que, como se comenta, la falta que en ocasiones se ha podido dar de especialistas médicos en algunas especialidades del hospital, es importante reseñar que esta es una problemática de ámbito nacional. Aquí tenemos un gráfico de un informe que realizó el Ministerio de Sanidad, es de elaboración reciente, sobre la oferta y necesidad de especialistas médicos y la previsión en los próximos quince años. En esta gráfica podemos observar que existe un déficit. Este déficit tiene un mayor impacto, una mayor repercusión, es verdad, en los centros comarcales, es un déficit que de aquí al 2027 se espera en los próximos años que aumente, y que a partir de ahí se pueda recuperar.

¿Qué estamos haciendo nosotros para enfrentarnos a esta situación y para dar respuesta y solución? De cara a la captación y fidelización de profesionales, estamos llevando a cabo diferentes modelos de gestión y colaboración entre equipos asistenciales de diferentes centros, muy especialmente con el Hospital Universitario de Navarra, que es nuestro centro de referencia, el hospital terciario de Navarra. También se está trabajando, como es bien conocido y notorio, ha habido un aumento muy importante de las plazas en las oposiciones en los últimos años, y también en un aumento del personal en formación tanto en las universidades como en las MIR.

De hecho, en los últimos cuatro años, aquí tenemos la oferta de plazas MIR que hay en la Comunidad de Navarra, y respecto al curso —aquí van por cursos académicos—, de la convocatoria 2018-2019 a la de este próximo año, el 2020-2024, en medicina de familia se han incrementado las plazas en formación en un 40%, en el resto de especialidades un 32%, y además, añadiendo esto, en la Clínica Universitaria de Navarra también ha habido un aumento de las plazas ofertadas. En total, en Navarra ha habido un aumento de un 30% de oferta de plazas en formación.

Esto va dando sus frutos. De hecho, creo que también es muy importante destacar, en este gráfico tenemos la plantilla media anual sin sustituciones del número de médicos, de facultativos que tenemos en el Hospital Reina Sofía, y desde el 2015 hasta el 2023 han aumentado en 30 profesionales, hemos pasado de 154 a 184. Esto supone un incremento de casi un 20% del número de médicos en el hospital, lo cual creo que es un dato importante que destacar.

En cuanto a la actividad asistencial, en el 2023, y vamos a mencionar solo algunos números de modo rápido y somero, pero se ha atendido 56.700 urgencias, ha habido 7.500 ingresos en hospitalización convencional y 1.075 en hospitalización a domicilio, se han realizado 5.140

intervenciones quirúrgicas programadas y 859 intervenciones urgentes, y se han llevado a cabo 46.000 primeras consultas y 85.000 consultas sucesivas.

En cuanto a los hitos asistenciales, que también creo que es algo importante reseñar, más allá de las infraestructuras y los números en cuanto al crecimiento de plantilla, se han traducido en esto que vamos a ver a continuación, que son los grandes avances que hemos podido llevar a cabo a nivel asistencial.

En el 2019 se incorporó la unidad de Neumología, evitando desplazamientos de pacientes que tenían que venir a Pamplona a hacerse las pruebas, por ejemplo, de función respiratoria, porque hasta la fecha no había posibilidad de hacerlas en Tudela; se adquirió un nuevo equipo de Urodinamia, que también permitió hacer nuevas pruebas allí; y también se abrió la unidad de Neurofisiología y del Dolor. En todos estos casos, son todas exploraciones o consultas que previamente tenían que venir a realizarse necesariamente en Pamplona, y que desde ese año se pueden hacer en el hospital.

En el 2020 es inevitable e importante reseñar el hito asistencial que supuso en sí misma toda la respuesta a la pandemia covid, y parte de estas actividades que se llevaron a cabo han permanecido y perdurado hasta el día de hoy, como puede ser la creación del nuevo circuito respiratorio de Urgencias o el incorporar un área de biología molecular en el laboratorio del hospital, que hasta entonces no se contaba con ella, y nos ha permitido incorporar sucesivamente nuevas pruebas. Se ha implementado una consulta de enfermedades infecciosas en el CASSyR, se incorporó en el 2020 también la segunda ambulancia de soporte vital avanzado, se ampliaron las unidades de Neumología y Geriatría, se creó una unidad de estomas.

En el 2021 también hay que reseñar el esfuerzo que supuso, como también en toda la organización, la organización de todos los circuitos de vacunación covid. Se reordenó toda el área de Pediatría con la creación de una unidad del niño crónico, consulta de neonatología y rehabilitación fisioterápica, se creó la consulta interdisciplinar de artritis psoriásica, se extendió el Programa de Atención Sociosanitaria Integrada, se incorporaron nuevas técnicas de cirugía ginecológica, la cápsula endoscópica, la unidad de Terapia Intravenosa y una unidad de tratamiento de osteoporosis.

Ya más recientemente, en el año 2022, se creó la unidad de Nutrición, se implementó la Rehabilitación domiciliaria, se creó la unidad de Suelo Pélvico, se ha implementado, como bien sabéis, la Psicología en el ámbito de Atención Primaria, se creó la unidad de cefaleas, la consulta de anticoagulación, y también hemos incorporado una nueva incubadora de transporte neonatal, lo cual ha permitido acortar los tiempos de respuesta y de traslado, porque previamente había que esperar a que viniera la incubadora de transporte desde Pamplona.

Más recientemente, en el año 2023, se inició la telemedicina en la Hospitalización Domiciliaria, y se incorporó el sistema de geolocalización a pacientes quirúrgicos.

No somos ajenos a que uno de los proyectos y de los retos a futuro es trabajar en la mejora de las listas de espera, que si bien es cierto que son unas listas de espera que aumentaron de modo progresivo desde la época pospandemia, en el último trimestre del año pasado vimos que estas

cifras han empezado a mejorar en buena medida gracias a las medidas que se están incorporando.

Se hace realizando un análisis de la demanda y optimizando la actividad ordinaria, se viene trabajando desde hace mucho tiempo, pero buscamos la mejoría de la coordinación interhospitalaria, y también una mayor planificación de la actividad extraordinaria. Se está desarrollando un acuerdo marco de listas de espera, se está trabajando —y esto es algo que nos gustaría reseñar, porque es algo en lo que se ha trabajado muy intensamente— en los últimos meses con los grupos de integración asistencial entre Atención Primaria y diferentes especialidades hospitalarias para mejorar tanto la derivación, optimizar la capacidad de resolución en Atención Primaria y agilizar los circuitos.

También en este marco de integración, porque yo creo que es una de las grandes señas de la integración, es la estrategia del paciente crónico, y también el potenciar la inclusión de personas diana en esta estrategia es algo que nos puede permitir trabajar y mejorar en las listas de espera.

Ya para terminar, y a pesar de las dificultades, que no negamos que las haya, pero es algo en lo que trabajamos y también consideramos que se han conseguido avances muy importantes, y seguimos consiguiéndolos, es importante reseñar la satisfacción de los usuarios con el hospital.

Estos son datos extraídos de la encuesta de satisfacción de los usuarios atendidos del Sistema Navarro de Salud del año 2022. Aquí están extraídas 1.676 encuestas realizadas a personas que habían sido atendidas en el hospital entre el 1 y 15 de septiembre del año 2022, y estas personas que habían recibido una atención en el hospital mostraban una satisfacción general con una puntuación de 8,41. Lo más valorado era la competencia profesional y el trato personalizado, que estaban cerca del 9, y las unidades, que, como pueden ver, en las distintas unidades, ingresos, CMA, CASSyR, hospital de día, todas ellas la verdad es que las valoraciones eran muy altas, y esto supone una satisfacción también el saber que esta es la valoración que hace la ciudadanía, y nos da, desde luego, la mayor de las ilusiones para seguir trabajando en seguir mejorando nuestra atención. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko zuri, Campillo andrea. Eta orain talde ezberdinekin, txandekin hain zuzen ere, hasiko gara. Horretarako, emango diogu hitza Alderdi Popularraren bozeramaileari, Royo andreari, berak eskatu duelako agerraldi hau. Beraz, Royo andrea, zurea da hitza nahi duzunean, hamar minutuz.

SRA. ROYO ORTÍN: Gracias, Presidente. Lo primero es agradecer las explicaciones de la señora Campillo sobre la situación del hospital de Tudela. El hospital de Tudela atiende, como ha dicho ya, a más de cien mil habitantes de la Ribera y ciento veinte mil habitantes de las provincias o comunidades limítrofes. Como ya he dicho, la petición no era solamente porque se informase de lo que había ocurrido en la UCI por falta de médicos, sino que era por una serie de noticias que se venían dando. Me gustaría remarcar para que veamos un poco la situación que se está viviendo en Tudela.

Los médicos del Reina Sofía denuncian discriminación en la atención pediátrica en Tudela respecto a otras poblaciones. Satse, como digo, alerta de la saturación en las Urgencias. El CSIF alerta de los problemas de pacientes y profesionales. Cuando nosotros pedimos la

comparecencia, ya no solamente es por la percepción que podamos tener desde nuestro grupo, sino porque hay personal sanitario que se ha dirigido a nosotros para pedirnos que intervengamos de alguna manera y que pongamos de manifiesto lo que está pasando en el hospital. Quiero decir, no es una iniciativa nuestra, quiero recalcar que es porque médicos y personal sanitario del hospital se han dirigido, además, con estas palabras: «Estamos desbordados», es una palabra que se ha repetido, «esto va a estallar por algún lado» también se nos ha dicho, y denuncian una sobrecarga de trabajo. Esto, personal sanitario del hospital de Tudela.

También hemos visto que en algunas especialidades faltan guardias de Urología, faltan guardias de Radiología. Por otro lado, es verdad que ha habido nuevas instalaciones y se han instalado nuevas equipaciones, pero es verdad que también en relación con estas nuevas equipaciones ha habido noticias, a veces, en Nefrología, por ejemplo, que no se han podido atender a pesar de estas nuevas instalaciones.

Por otro lado, también hay que recordar que la UCI se instaló en el 2017, cuando había una Unidad de Reanimación y Cuidados Especiales, una URCE que funcionaba y que atendían anestesistas, y que funcionaba —entendían— de manera adecuada. Que se instalase la UCI fue un planteamiento que se hizo desde este Gobierno, que no contaba con el apoyo tampoco de los médicos del Hospital Reina Sofía, y que también sería bueno que se nos hubiese explicado cuál fue la motivación de esta unidad, porque, como ya digo, estaban unos servicios más que bien atendidos.

Como digo, también el informe de la Cámara de Comptos, porque se puede decir que es un problema solamente de cuestión de financiación, pero el informe de la Cámara de Comptos no viene a decir eso, no dice que el problema sanitario sea un problema de financiación, sino que es un problema, más que nada, sobre todo de gestión, un problema de gestión en la Consejería de Salud del Gobierno de Navarra.

Ante esta situación, nosotros entendemos que se tiene que buscar soluciones. Voy a nombrar algunas soluciones que ha propuesto el propio personal sanitario. Hablan de que se está solucionando los problemas con peonadas y, desde luego, el personal de Enfermería entiende que podría haber otra organización muy distinta, que había servicios que podría perfectamente ejercer el personal de Enfermería, sobre todo con los enfermos crónicos, una solución que se plantea desde Enfermería.

Por otro lado, tuvimos aquí una reunión con los técnicos de Enfermería, que también se reunieron, creo que con todos los grupos que estamos aquí, en el Parlamento, en la que venían a decir lo siguiente: que hay, a su vez, soluciones que se solucionan —valga la redundancia— con enfermeras y enfermeros, cuando son trabajos que podrían hacer ellos perfectamente. Eso por un lado. Lo mismo que en la Administración hay administrativos que no tienen esta formación de técnicos de Enfermería, con lo cual el sindicato de técnicos de Enfermería viene a decir que gestionando ellos lo que es la Administración se le podría dar una mayor rapidez y solventar problemas de las listas de espera.

Estas son soluciones que pongo encima de la mesa, que aquí no somos nosotros quienes tenemos que evaluar en estos momentos si son las adecuadas, pero que quiero que se sepa que

son las soluciones que están proponiendo tanto los sindicatos de los técnicos de Enfermería como el personal de Enfermería, y quería que se pusiese encima de la mesa esto.

Por otro lado, se habla de una gestión deficiente, desde luego, desde el área de personal, porque entienden que se tendría que apostar muchísimo más por la contratación. Se ha puesto aquí encima de la mesa las ofertas de los planes MIR. Lo primero, precisamente, cuando salieron las ofertas de los planes MIR, salió con la noticia de que son insuficientes. Acababa de entrar este Gobierno, y se ha dicho que si se apostaba por la sanidad, desde luego, con esta oferta tan insuficiente, no empezábamos bien.

Luego está el otro problema de la alta rotación, que de alguna manera se sacan plazas, se ocupan, pero luego no vienen, como digo, a prestar los servicios, y se nos dice que en este tipo de contrataciones se tendría que poner algún tipo de límite para que quien ocupa la plaza luego desempeñe las funciones.

Ante esto, las únicas reflexiones que le caben y nosotros solicitamos es que se actúe de alguna manera en la gestión, que se atienda a estas peticiones que hace todo el personal sanitario, que hemos planteado en estos momentos, y que esta se dijo que iba a ser la legislatura de la sanidad, pero vemos que no solo no ha mejorado, sino que, desde luego, ha empeorado. Aquí es verdad que se nos ha puesto y se nos ha mostrado las estadísticas que hablan de la buena gestión del hospital de Tudela, pero hay una parte que no se puede obviar: que estas estadísticas no son mejores que las que había hace bastantes años, porque es verdad que ahí hay una herencia todavía de lo que había en el hospital de Tudela, que en su momento fue un referente para toda la zona, incluso un referente de lo que era la sanidad en Navarra.

Que también hay muchas derivaciones, se está haciendo también derivaciones a la sanidad privada, derivaciones que nosotros, desde luego, no estamos a favor de ellas, pero es verdad que en su momento se hablaba de que eso eran privatizaciones, ahora lo llaman conciertos, y si en su momento eso parecía que era privatización, si somos un poco coherentes, entenderemos que esa definición se tendría que aplicar ahora, en este mismo momento.

Las listas de espera nos parecen inaceptables, desde luego, para un Gobierno que venía a defender la sanidad pública. En estos momentos entendemos que lo que corresponde es que, si en su momento se hicieron muchas manifestaciones por parte del hospital de Tudela, de la plataforma en defensa de la Ribera, que, siendo coherentes con eso, ahora no se debería de permitir lo que está pasando en la sanidad pública en estos momentos en el hospital de Tudela. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko zuri, Royo andrea. UPN taldeari dagokio hitza une honetan, eta horretarako emango diogu txanda San Martín andreari. Nahi duzunean, hamar minutuz. Aurrera.

SRA. SAN MARTÍN RODRÍGUEZ: Gracias, Presidente. Gracias, señora Campillo, por la explicación. Doy la bienvenida también a todo el equipo que la acompaña. A usted le toca presentarnos el agua que hay en el vaso, a mitad de vaso. A mí me toca presentarle el agua que falta para completar el vaso. Es un poco el rol que jugamos, yo creo, ambas. De todas formas le agradezco

el esfuerzo, porque es verdad que evidentemente han hecho cosas en estos años, y usted las ha mostrado.

Voy a remontarme a cuando usted —porque, al final, su comparecencia…, tampoco quiero bailar mucho en los años— tomó la gerencia, que fue en marzo del 2022, es decir, hace ahora veintiún meses, y voy a hablar de las listas de espera, porque en definitiva la lista de espera de la zona de Tudela depende del Hospital Reina Sofía.

Usted adquirió una lista de espera, por así decirlo, de 4.515 personas para primera consulta, que esperaban una media de 37 días, y una lista de 546 personas que esperaban a una intervención quirúrgica una media de 46 días. Actualmente la lista de espera en la zona de Tudela es de 6.456 personas, es decir, se ha incrementado en estos veintiún meses en 1.941 personas las que esperan a una consulta con el especialista, lo que supone un incremento también de 17 días que esperan de más en relación con cuando usted adquirió la gerencia del área.

Todo esto a pesar de que he estado mirando los datos, y usted los conocerá mejor que yo, en el área de salud de Tudela la demanda ha bajado en el último año un 3,7%. Es decir, no hay un incremento de demanda, parece, de derivaciones al especialista. La especialidad con más lista de espera es la de Rehabilitación, que tiene 1.153 personas que esperan una consulta que esperan una media de 178 días, según la lista de espera. Sí que es verdad que luego ya saben que esto es una espera teórica, pero luego, en la espera práctica, los datos indican que se espera 280 días y más días para una consulta con Rehabilitación en la zona de Tudela.

Esto es preocupante. Sí que me gustaría un poco que explicara qué hay detrás de este desfase en esta lista concretamente, y que nos explicara también un poco, porque nos ha llegado que han implementado una medida, y también quiero que nos la explique, para que los médicos de Atención Primaria vean a los pacientes que están en lista de espera de Rehabilitación, que llevan más de un año en lista de espera de Rehabilitación, y para que los valoren y determinen si continúan o no en lista. Quiero que nos explique un poco cuál es esta medida que han puesto ustedes en marcha, pagándoles, entiendo, peonadas, y entiendo también que fuera del horario laboral, evidentemente, pero eso lo desconozco, quiero que nos explique un poco la medida.

En el informe de la Cámara de Comptos en relación con las listas de espera, unas de las cosas que decía es que había un problema con la falta de apertura de agendas. Es decir, que hay una resolución, la 619/2014, en la que se dice que la Dirección tiene que disponer de la programación de las agendas con un espacio mínimo de entre tres meses y máximo un año para poder realmente hacer esas citaciones y para poder ser operativo con las citaciones, y Comptos una de las cosas que decía es que solo un 23% de las agendas respondían a los períodos de esa resolución.

No sé si usted nos puede decir, porque he estado mirando un poco sus agendas de los últimos tres meses, y sí que es verdad que yo creo que tampoco cumplen con esta expectativa de que estén todas abiertas entre tres meses y un año, y un poco también qué hace la Dirección en relación con eso, porque en la misma resolución Comptos nos decía que la propia Dirección puede optar por decir: bueno, si la agenda no está abierta, la abro en función de lo que había en el año anterior. Bueno, sin más, por saber un poco qué está pasando con las agendas en el Hospital Reina Sofía.

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, y me paso ya a la cirugía, hay una lista de 461 personas, es decir, se ha incrementado en 85 personas desde que usted dijo que esperan 57 días, o sea 11 días más que cuando usted llegó, y más de la mitad son para Traumatología, concretamente 237 personas esperan una intervención quirúrgica una media de 78 días. Así que, si tiene tiempo, porque es verdad que igual son muchas preguntas, explíquenos un poco qué hay también detrás de esta lista de espera de Traumatología.

En cuanto a la actividad quirúrgica programada, usted ha hablado un poco de incrementos de actividad, pero es verdad que resalta Urología, por ejemplo, que entre el 2022 y 2023 ha bajado su actividad en un 32%, hablo de actividad quirúrgica, y otorrino, que ha bajado un 15,4%. También nos gustaría un poco conocer la razón de estos descensos de actividad.

Desprogramaciones de quirófanos también existen con razones o justificación estructural o por renuncia de los pacientes, pero creo que están un poco en los mismos porcentajes que los otros dos hospitales de nuestra Comunidad Foral.

Todo esto que le estoy contando limita mucho esa garantía del acceso a la salud a través de las redes asistenciales, que es una de las líneas fundamentales de su plan estratégico, que lo ha traído hoy aquí, del área para el año 2021-2024, y ese problema de acceso, esas listas de espera que se incrementan, generan malestar en los ciudadanos. Usted ha presentado aquí unas encuestas de satisfacción que es evidente que van a salir siempre positivas, porque cuando a uno le preguntan, una vez que se ha resuelto su problema, no va a encontrar usted ningún dato, ningún estudio con resultados negativos en ese sentido.

Pero sí que si usted va a las quejas que ponen los pacientes en el Hospital Reina Sofía en relación, sobre todo, con la espera para ser atendidos, se han incrementado entre 2022 y 2023 un 60%. Es la tónica general que existe en la Comunidad Foral, el incremento de las quejas y reclamaciones de los pacientes.

En cuanto a pruebas complementarias, aquí tengo una pequeña buena noticia, usted lo ha nombrado, pero iré un poco más al detalle, sí que han incrementado mucho la actividad en colonoscopias. Ha bajado mucho la lista de espera de colonoscopias. En ecoscopia también ha aumentado la actividad, pero ha caído mucho también el número de ecocardiogramas. Desconozco la razón.

Otra de las líneas de su plan estratégico —bueno, su plan estratégico no es su plan, es el plan estratégico del área, porque sí que fue trabajado con anterioridad, pero, bueno, el que usted asumió— es la sostenibilidad, y aquí sí que me gustaría un poco a hablar del tema de los conciertos con la privada, porque no sé muy bien qué le diría la señora Campillo del año 2013 a la señora Campillo del año 2024, que se encuentra aquí sentada, en relación con esto, porque lo que vemos en el área de salud de Tudela, por ejemplo, es que hay una derivación importantísima al Centro Médico Asistencial La Ribera de consultas de Dermatología, concretamente sé que no solo de pacientes de la zona de la Ribera, porque también se está derivando a Estella, pero la mayor parte son pacientes de la Ribera. Se ha derivado 4.000 personas a consultas de Dermatología a este centro privado, cuando en 2019 se derivaron 1.355. Es decir, el incremento de derivaciones a este centro privado es bastante importante.

En cuanto a las resonancias magnéticas, que curiosamente coincide con la implantación de la resonancia que usted ha dicho en el 2019, al Centro Diagnóstico Granada, que es el centro privado con el que tienen concertadas las resonancias, el Servicio Navarro de Salud, sin contar el mes de diciembre porque no tengo los datos, se han derivado del Hospital Reina Sofía 1.400 resonancias. En todo 2022 solo se derivaron 1.000 resonancias. Es decir, están incrementado considerablemente, en un 50%, el número de resonancias que están derivando a la privada. Han empezado también a derivar ecografías. Concretamente llevan derivadas 152 ecografías. Insisto, no tengo los datos de diciembre del 2023.

Se han derivado también más pacientes, cien pacientes más, el año pasado derivaron 50 a la Clínica Universidad de Navarra para consulta, y este año han derivado a 100 pacientes más. Luego, me gustaría saber, esa señora Campillo del año 2013, que tanto criticaba la privatización, que decía en aquel momento qué hacía Unión del Pueblo Navarro, qué opina ahora mismo de esta privatización, once millones más de euros es lo que gasta este Gobierno en privatización en relación con lo que se gastaba en 2014, y, como usted sabe, en el presupuesto del 2024 son ocho millones más.

Ya termino un poco hablando del tema de los profesionales sanitarios. Hemos tenido el problema del cierre esos dos días de dejar sin cobertura la Unidad de Cuidados Intensivos, y también hay otros problemas que han venido aquí al Parlamento el año pasado, concretamente la falta de radiólogos y la falta de urólogos. Creo que son dos problemas, además, que también existen actualmente en el hospital. Nos gustaría saber en qué punto está la situación de la UCI, qué medidas han tomado para que no vuelva a pasar lo que pasó. He visto que han publicado el 3 de enero una oferta de trabajo de un intensivista, pero me gustaría saber qué pasos se está dando, y también cómo se está cubriendo la falta de profesionales, tanto de radiólogos como de urólogos, sobre todo de radiólogos. Creo que se están derivando los pacientes a Pamplona, o más que se están derivando, la actividad que no puede ser cubierta creo que se está cubriendo por Pamplona, y cuando no está presencialmente Pamplona en Tudela, es el paciente el que tiene que ir a Pamplona.

En relación con esto, sí que me gustaría decir que usted dice que ha presentado la gráfica de que faltan profesionales de medicina y es el estudio que se ha realizado, la pregunta es: ¿con relación a qué? Es decir, faltan profesionales, ¿para qué modelo? Esta es un poco la… Claro, si tomamos la expectativa del modelo actual, evidentemente, sí, ahora quizá caminemos hacia otro modelo. Es verdad que este es más un debate de Atención Primaria que del hospital luego, pero sí que es verdad que a veces, cuando hablamos de la falta de profesionales, yo me pregunto: ya, pero ¿para hacer qué?

Ustedes han hablado de medidas que han tomado en marcha, como las OPE, por ejemplo, que es verdad que han sido de una resolución lentísima en comparación a OPE de otras comunidades autónomas, eso también hay que decirlo, y también el incremento en las plazas ofertadas en formación. También sabe que sí, se han incrementado las plazas ofertadas en formación, pero algunas de ellas se han quedado descubiertas. Somos la comunidad autónoma, por ejemplo, en la que más plazas se han quedado sin cubrir de médico de familia.

Nos ha presentado también el incremento de profesionales —voy terminando— desde el 2013. Bueno, es que solo faltaba. Quiero decir, se incrementa la población, se incrementa la actividad,

se incrementan los servicios que ha puesto en marcha Reina Sofía. Claro que se incrementan los profesionales, pero los años anteriores también. O sea, desde que se hizo el Reina Sofía, lo suyo es que cada vez vaya dando más servicios y cada vez se vaya incrementando el número de profesionales. Lo que sí que me gustaría saber en relación con esto es si usted sabe qué opinan los profesionales de su hospital, sobre todos los médicos especialistas, de la situación de algunas especialidades, si ha tenido la opción de hablar con ellos y qué es lo que opinan. Nada más. Muchísimas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Mila esker zuri ere, San Martin andrea. Alderdi sozialistarekin jarraituko dugu, eta horretarako emango diogu hitza bere bozeramaileari, Esporrín andreari. Nahi duzunean, hamar minutu dituzu.

SRA. ESPORRÍN LAS HERAS: Muchísimas gracias, eskerrik asko. En primer lugar, quiero dar la bienvenida a todas las personas que han venido esta mañana a esta Comisión, a la señora Campillo, a los señores Martínez y Gonzalo, y a las señoras Sanz y Royo por su presencia y, cómo no, por las informaciones que nos han trasladado.

La verdad es que a mí me asombran un poco las intervenciones, porque yo pensaba que veníamos a hablar únicamente del tema del cierre de la UCI, que era lo que yo había entendido que más íbamos a hablar. Pero veo que, en definitiva, se ha hablado en conjunto de toda la sanidad de Tudela y la Ribera, que eso está bien también, siempre tener más datos nos aporta más información y, evidentemente, los datos son incontestables. Que ahora se está en una situación mejor tanto de posibilidades de técnicas sanitarias a realizar en el hospital como de infraestructuras técnicas eso es una evidencia, los datos lo ponen de manifiesto, y también de profesionales, cómo han evolucionado los profesionales, en cuatro años, yo creo que eso es… o sea, más de un 13 % de promedio: un 11,4 % en el hospital y un 20 % en la Atención Primaria, creo que eso es importantísimo. Evidentemente, todo puede mejorarse. Eso, sin lugar a duda.

Vemos también cómo ha mejorado el número de profesionales, del 2015 al 2023, treinta médicos más. Yo creo que eso también es de reconocer. Pero es verdad que existe un déficit de profesionales a nivel nacional, no solamente en la Comunidad de Navarra, es a nivel nacional, y aquí está la previsión que usted nos ha planteado, que es que en el 2027 se seguirán sufriendo, y que luego hay una previsión de que se mejore a nivel dentro de unos años, de que se recupere.

Por tanto, aquí no nos queda otro remedio que seguir trabajando, intentando fidelizar a los profesionales, y seguro que ustedes ponen en ese punto la necesidad, intentando aumentar las plazas y oposiciones, aumentar la formación, como se ha visto que se habían aumentado tanto en lo público como en lo privado también, de profesionales. O sea, que no queda otro remedio, y yo creo que es una buena dirección, porque tú no puedes levantar una piedra y sacar un médico, es imposible. Por tanto, no nos queda más remedio que seguir trabajando en ese sentido.

En relación con lo que sucedió en la UCI, por lo que he visto publicado en los medios de comunicación, fue una baja puntual sobrevenida, y si en aquel momento decidieron cerrar, en algún momento, que fue, por lo que yo vi, muy breve, la estancia que cerró, ¿qué es mejor, cerrar en un momento puntual y dar una buena atención en otros servicios dentro del Servicio

Navarro de Salud, o dejar abierta para que nadie se entere que hemos cerrado, y con una atención precaria?

Yo entiendo que ahí se obró bien, y que esa era la medida adecuada para resolver ese problema puntual, que no puede nadie negar que nos puede pasar en cualquier especialidad, en cualquier área, donde, efectivamente, no sobran los profesionales y de repente, como ha pasado en Estella, hay una baja o una serie de circunstancias que te complican todo lo que es el día a día. Pero ante esa circunstancia se pone los remedios y las soluciones, y ya está. Yo creo que ahí se ha hecho perfectamente.

Luego, señora San Martín, de verdad, tanto incidir en la derivación y en lo que le preocupa, es que no les puedo entender, porque también nos preocupan mucho las listas de espera, y una de dos: si no tienes profesionales y tampoco puedes derivar, y el tema de las peonadas ya está explotado y no puede ir a más, entonces, ¿qué hacemos? ¿No hacemos nada? A mí me da la sensación de que les molesta que se derive y les molesta que no se derive. Entonces, algo hay que hacer. Entiendo que se ha hecho lo que se puede en este momento con la situación en la que estamos.

Ha comentado la falta de especialistas, como se ha puesto de manifiesto, no solamente en Tudela, sino en otros sitios, de ginecólogos, de Atención Primaria, falta de Enfermería, y ese es un problema que padecemos y que lo vamos a tener hasta que se vaya resolviendo la formación de los nuevos profesionales, que, como todos sabemos, lleva unos años, no nos queda más remedio que intentar solucionar y, efectivamente, me consta que en eso estamos. Este equipo de gestión lleva poco tiempo trabajando, y no podemos exigir que en cuatro días demos la vuelta a una situación que lleva ya un tiempo, con el agravante del covid, que eso fue lo que supuso un deterioro de los datos en salud.

En cualquier caso, usted ha dicho que los resultados de satisfacción de los pacientes no le aportan nada. A mí me aportan muchísimo, porque un 8,41 de satisfacción general yo creo que es importante, y aunque te hayan atendido, si la gente no está contenta, no dice «qué bien me han atendido, y ya estoy resuelta». No, si no está contenta, también lo manifiesta. Por eso a mí me parece que un 8,41 de satisfacción de las personas usuarias es importantísimo.

Por tanto, yo los animo a seguir trabajando. El plan de salud vemos que se está agotando ya porque termina en el 2024, habrá que trabajar en el nuevo plan de salud. Tendremos que seguir trabajando, lógicamente, en nuevas contrataciones y en mejoras de gestión, evidentemente, para que los datos de listas de espera, sobre todo, disminuyan, pero en ese sentido yo los animo a seguir trabajando, y en la nueva ley de salud, por supuesto, que también tenemos pendiente. Los animo a seguir trabajando, y estoy segura de que esto dará resultados más pronto que tarde. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko, Esporrín andrea. EH Bildu Nafarroa taldearekin jarraituko dugu, eta kasu honetan González jaunari dagokio hitza. Nahi duzunean, hamar minutuz ere.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Mila esker, lehendakari jauna. Eguerdi on guztioi. Buenos días a todos y a todas. Conozco bastante bien el hospital de Tudela, he trabajado muchísimos años en él.

Creo que su evolución, dentro de todas las dificultades que está sufriendo Salud, ha sido yo creo que positiva, ha crecido, ha crecido en todos los sentidos, asistencialmente y, desde luego, en recursos humanos y materiales. Pero eso no quiere decir que todo esté bien.

Obviamente, hay dificultades, hay dificultades que se explican por una casuística que afecta a los hospitales comarcales, a una falta de atractivo profesional para muchísimas personas, porque es mucho más interesante trabajar en un hospital terciario, en un hospital de un tamaño importante, primero porque te permite acceder a patologías a las que en los hospitales comarcales normalmente no puedes acceder, y luego porque cuentas con recursos y con ayudas de otras especialidades que te permiten afrontar retos asistenciales, digamos que más interesantes. Eso es indudable.

Además, partimos de coyunturas que, a nuestro entender, no han favorecido absolutamente nada el contar con los recursos necesarios, y voy a intentar explicarme. Desde el informe que hace Beatriz Barber, bueno, su equipo de la Universidad de Canarias de Economía de la Salud, deja ya en 2008 muy claro el déficit que se está generando en muchísimas de las especialidades de medicina en el Estado español. Desgraciadamente, las decisiones políticas de diseño de la estrategia que debería de hacer el ministerio se quedan, a mi entender, de una forma yo creo que bastante preocupante, paralizadas, y nos encontramos con que especialidades, voy a poner el ejemplo de medicina de familia, porque creo que es la más llamativa, ya a partir del real decreto ley que aprueba al Gobierno de Mariano Rajoy en el 2012 y pide la suspensión de las convocatorias de ofertas públicas, ahí hay una reducción, creo que es del 25% de las plazas MIR de Medicina de Familia y Comunitaria. El 2013, 2014 y 2015 se reduce en un 50%. En 2016 vuelven a reducirse un 25%. En 2017 creo que un 15%, y en 2018 creo que un 10%.

Sumando todas esas plazas que se dejan de convocar en este período de estos años, donde algunos son también de gobiernos socialistas, estamos hablando que es como si hubiesen desaparecido dos convocatorias completas anuales. Es decir, sabíamos que había deficiencias, y encima tomamos medidas que lo que están haciendo es retraer recursos de lo que van a ser las necesidades que tiene el Sistema Nacional de Salud, el sistema público de salud. Creo que eso no ha ayudado.

Las comunidades, ¿qué hicieron? Las comunidades tampoco actuaron de forma muy sensata, y tenemos que, por ejemplo, del 2010 al 2015, que fue una época convulsa por la crisis económica, en Navarra también se reduce un 15% las plazas MIR. Es decir, tampoco desde las comunidades autónomas se obtuvo la visión de futuro suficiente como para prever qué iba a suceder y haber puesto medidas paliativas.

Ahora, en estos momentos, tampoco somos la comunidad que tiene las mejores iniciativas a la hora de atraer personal MIR, y creo que los datos que daba el ministerio eran que estábamos, creo que son 4,8 plazas MIR por cada cien mil habitantes en Navarra, cuando hay otras comunidades que están cerca de 7 plazas por cada cien mil habitantes. Es decir, creemos que se debería mejorar.

También sabemos que desde el ministerio a veces, con esas condiciones que ponen para aprobar esas unidades docentes, a las comunidades pequeñas, como es Navarra, y dispersas, como es Navarra, nos resulta más difícil el poder sacar adelante estas unidades de formación del personal

MIR. Creemos ahí que con el ministerio habría que trabajar de una forma importante para facilitar que en muchas de nuestras pequeñas localidades, pero que tienen el mismo derecho a tener estos recursos, se pudiesen habilitar formas de crear estas unidades formativas que permitiesen atraer a estos profesionales de una forma más interesante.

Probablemente tampoco ayuden para nada las tasas de reposición. Hay que tener en cuenta que en el 2012 teníamos un 39% de temporalidad, y que a raíz de la suspensión de lo que fue la tasa de reposición de puestos de trabajo en las Administraciones Públicas, eso ha generado que ahora estemos casi en el 56% en salud, aunque que se está reduciendo por estas OPE, pero tenemos un sistema de ofertas públicas de empleo realmente deficiente, lento, pesado, y que nos genera a veces unos cuellos de botella que creo que se deberían de solucionar.

Eso para los hospitales comarcales y para las zonas rurales es una doble barrera, un doble obstáculo que tienen que salvar. Si no tenemos un atractivo profesional que ofrecer a nuestros futuros médicos, médicas y resto de personal sanitario, y encima nos encontramos que para dar estabilidad a esas plantillas tenemos muchísimas más condicionantes que en otras comunidades, hace que todo se retrase. Para nosotros, por lo menos en Euskal Herria Bildu, todo el proceso de estabilización de plantillas ha sido un despropósito, en el sentido de que se han alargado en el tiempo.

Nosotros pensábamos que lo sensato era haber hecho un procedimiento rápido, haber garantizado saber qué plantilla y qué certidumbre tienen los gestores que luego tienen que trabajar con ellos, qué certidumbre tienen de con qué recursos humanos pueden afrontar sus retos, y luego por evitar algo que nos está sucediendo y que creemos que es tremendamente malo para la sanidad pública, y yo creo que se ha nombrado, es la alta rotación de profesionales por puesto de trabajo. Estamos hablando de una media de cuatro profesionales por puesto de trabajo, que hace que, desde luego, la eficacia y la eficiencia del sistema se resienta de una forma importante. Esa longitudinalidad que tanto se defiende y defendemos para la sanidad, porque tiene unos efectos positivos para la sociedad, aquí se elimina y hace, a nuestro entender, que muchas patologías que podrían estar mejor atendidas, sobre todo de pacientes crónicos y pluripatológicos, acaben deteriorándose y acaben llegando a nuestros hospitales, hospitales que tienen los recursos que tienen, y que se les sumó además toda esa bolsa de pacientes que durante la pandemia no se pudo atender.

Estamos hablando de que se dejaron de hacer cincuenta mil primeras consultas, ciento cincuenta mil sucesivas, es decir, una bolsa importante de trabajo que la plantilla la está intentando absorber pero a base de esfuerzos personales, obviamente.

Sí que hay cosas que me llama la atención, y ahí sí que, desde luego, me gustaría preguntar a la gerente. Primero quiero agradecerle, desde luego, que no lo he dicho, la información que nos han transmitido, dar gracias a todo el equipo, me ha parecido muy interesante. Pero sí que he visto algunas cosas por lo menos curiosas y que tendrán su explicación. Cuando han dado los datos del número de primeras consultas en 2023, creo que se hablaba de 46.000, casi 47.000, en torno a 80.000 sucesivas. Sin embargo, datos que tengo yo de antes de la pandemia, estamos hablando de que las primeras consultas del 2018 en concreto que tengo eran 52.000, y 88.000 las sucesivas. Es decir, todavía no hemos alcanzado esa actividad.

Probablemente haya interconsultas no presenciales y haya otro tipo de actividad que compense esta, no tengo duda, pero quería preguntarlo, sobre todo por la evolución de la plantilla, que yo creo que afortunadamente tenemos más profesionales de medicina en el hospital, se ha pasado de 155 a 185, y que eso debería de tener un efecto, entendemos en Euskal Herria Bildu, sobre la actividad que se desarrolla, y más teniendo en cuenta, como decían otros portavoces, que ha habido planes de reducción de las listas de espera a través de las peonadas de las jornadas extraordinarias que debería notarse, si no en la contención de las listas, por lo menos en la actividad, y ahí me resulta bastante llamativo.

En quirófano veo que sí que se han recuperado los datos de actividad prepandémica, creo que se ha hecho un trabajo, y se nota, pero en otras especialidades vemos cierta distorsión. Probablemente tenga explicación en esta rotación, y entiendo que los hospitales comarcales ahí son los que más han sufrido esa movilidad, porque la atracción de los hospitales terciarios es muy grande, y ha hecho que esa rotación tan alta que se refleja en el sistema, sobre todo la estén sufriendo los hospitales comarcales, y no los hospitales terciarios. Pero me parecía llamativo.

Me parecía llamativo también un poco todo el control, y ahí sí que Comptos, en cuanto al estudio que hizo sobre la gestión de las listas de espera, sobre todo el tema de lo que es la admisión y el control de la actividad, me gustaría saber si por parte de la gerencia se ha habilitado alguna forma de poder garantizar que esa actividad se realiza tal y como está recogida, que no tengo ninguna duda de que se realiza, pero que creo que se debe de comprobar de una forma estadística más clara.

También me gustaría saber si hay un plan director de futuro, sobre todo, de inversiones. Yo conozco el hospital, sé que se nos está quedando extremadamente pequeño. Tenemos Consultas Externas que están saturadas de espacio, tenemos Urgencias que también necesitarían una adecuación, hay muchos servicios que lo necesitarían, y me gustaría saber si tenéis un plan director un poco para convencer al departamento de que Tudela merece la pena.

Luego otra pregunta que tengo, y termino, es con la actividad que se hace de otras comunidades. Mirando un poco el SIFCO, lo que sería el sistema de financiación de lo que son los fondos de compensación, vi que la actividad del convenio con Aragón de Tudela no se recoge, no se compensa, y me gustaría saber el motivo, si es porque se compensa a través de relaciones entre las dos comunidades o qué. Nada más. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko, González jauna. Orain Geroa Bai taldearen txanda da, Aramburu andrearena, hain zuzen ere eta horretarako hamar minutu dituzu. Nahi duzunean.

SRA. ARAMBURU BERGUA: Mila esker, presidente jauna, eguerdi on guztioi. Bienvenido, señor Martínez, señora Campillo, señora Gonzalo, señora Sanz y señora Royo. Yo agradezco la petición de esta comparecencia, porque nos ha brindado una ocasión de conocer el hospital de Tudela y conocer su funcionamiento, del Hospital Reina Sofía.

Desde luego, por todo lo escuchado, todo lo que se nos ha transmitido, yo creo que ha quedado suficientemente acreditado que desde 1.986, que se creó, el crecimiento del hospital en sus

servicios y en su actividad ha tenido un crecimiento muy considerable, que hace pensar, desde luego, con toda probabilidad que se ha mejorado también proporcionalmente la atención a la población a la que atiende, a la población de la Ribera. Más calidad, seguramente menos traslados a Pamplona. Bueno, mucha mejor atención en todos los aspectos. Creo que la mejor prueba son los datos. Se nos ha trasladado cómo el presupuesto en 2023 era de cien millones, un presupuesto, desde luego, nada desdeñable.

En cuanto al personal, también se ha dado un gran crecimiento. Se decía que del 2015 al 2023 sus profesionales han crecido en un 20%, y en los últimos cuatro años, si no he tomado mal nota, un 11,4% han crecido sus profesionales y, evidentemente, el número de estos y de estas es la clave para que el hospital funcione.

Se han relatado también nuevas infraestructuras que se han puesto en marcha, nuevos modelos, programas asistenciales. En cuanto a las infraestructuras, se partía desde 2019, entiendo, en lo que se ha ido incorporando al hospital, pero si nos referimos a lo que motivaba en un principio, entiendo, la comparecencia, habría que hablar que también en 2017 se puso en marcha la propia UCI, que, por cierto, estaba entonces como está ahora al cargo de la Consejería el mismo Consejero, el señor Domínguez en la puesta en marcha, en aquel momento con cinco camas, cinco intensivistas. Creo que son datos que reflejan ese crecimiento y ese interés que se tiene en el departamento por el hospital de Tudela.

Cuando decía la señora Royo, hablaba de que hay que explicar lo que está pasando en el hospital de Tudela, como si aquello fuera un caos, como si aquello fuera… Realmente, después de lo escuchado y de todos esos datos que se han dado, creo que lo que está pasando es que hay unas listas de espera, hay una demora en la atención, unas listas de espera que son comunes a todo el contexto en el que se enmarca el hospital. Desde luego, el Hospital Reina Sofía creo que no se puede sustraer a ese problema de listas de espera motivadas sobre todo por la falta de profesionales, de la misma forma que no se puede sustraer Navarra o que no se puede sustraer el área de Tudela, y menos el hospital. O sea, no creo que sea un problema especial del hospital de Tudela, sino que es un problema general.

Se ha dicho la falta de profesionales, sobre todo en los centros comarcales, que posiblemente ese problema continúe hasta 2027 son las previsiones. Es que es lógico que ese hospital, como ningún otro, se pueda sustraer, como digo, a ese problema. De la misma manera, las medidas que se han de poner en marcha entiendo que son medidas que están integradas en las medidas generales que está poniendo en marcha el departamento para solucionarlo. Se ha hecho mención de algunas de ellas, como diferentes modelos de gestión y colaboración con otros centros, el aumento de las OPE, el aumento de las plazas MIR o de la formación, y se ha dicho que las medidas están funcionando.

Pero es evidente que un problema que es ya estructural, que lleva tanto tiempo, no ha de tener solución de un día para otro, sino que habrá de ser poco a poco como se vaya solucionando y, como digo, en un contexto más amplio que el hospital de Tudela.

Con todo y con eso, yo creo que la última palabra en todo esto que hablamos la tiene la población, la población atendida, y a mí me ha llamado la atención la encuesta de satisfacción general de las personas usuarias y, tal como se ha dicho, excepto en accesibilidad, que la

población puntúa casi con un 7, todo el resto de variables están por encima del 8,33 en satisfacción. Varias de esas variables tienen un 9, y la media es un 8,41 sobre 10. Luego, parece que la población que es atendida por el hospital está bastante satisfecha con la atención que se le presta y con cómo está funcionando el hospital.

Aparte de todo esto, yo he estado mirando y he visto que el hospital de Tudela, además de los servicios que le son más propios o todo lo que se ha explicado, también lleva a cabo algunos problemas que podríamos decir complementarios, aunque algunos de ellos yo creo que son de interés, y quisiera saber si pudieran ampliar un poco estas cuestiones. He visto, por ejemplo, que llevan programas de humanización asistencial, que creo que hoy en día es interesante, que también tienen algún programa destinado al propio personal del hospital, como las pausas saludables, y algo que me parece importante hoy en día es que creo que están trabajando en procesos de descarbonización, de cálculo de huella de carbono.

Creo que eso, hoy en día, y cuando estamos hablando de un nuevo modelo que tenga en cuenta toda la cuestión de la eficiencia energética, como digo, de la descarbonización, es importante y, claro, no sería lo primordial, pero después de ver que el hospital largamente cumple la función que tiene, creo que también estos otros aspectos son destacables.

De modo que yo no tendría nada más que decir. Creo que está claro el funcionamiento del hospital, y solo los animaría a que sigan en esa línea de mejora continua, de innovación del hospital, y que también sigan teniendo en cuenta la sostenibilidad no solo económica, sino también ambiental del propio hospital. Mucha suerte en toda su labor, y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Mila esker zuri ere, Aramburu andrea. Orain Zurekin Nafarroa taldearekin jarraituko dugu, eta horretarako emango diogu hitza López jaunari. Nahi duzunean, zurea da hitza hamar minutuz.

SR. LÓPEZ CÓRDOBA: Eskerrik asko, lehendakari jauna. Gracias, señora Campillo, por todas las explicaciones, por describirnos la situación del hospital de Tudela. También nos alegra sobremanera la preocupación que la derecha muestra al respecto del área de salud de Tudela y, en concreto, de su hospital.

Me sorprende mucho que la señora Royo hable de herencia. Hablamos de herencia, porque no hay que olvidar que hace diez años, cuando la derecha gobernaba en Navarra, el hospital de Tudela sufría un serio riesgo de desmantelamiento, como por ejemplo, con el laboratorio, y aquí hablamos de privatización. Esto es privatización: desmantelar un servicio público para promover uno privado. Eso es privatización.

O, por ejemplo, un caso muy sangrante como el autobús de la vida, un caso megasangrante, porque con un recorte de 200 millones de euros que hubo en los presupuestos de salud, vamos a recortar 45.000 más para recortar el autobús de la vida. Mantener el autobús de la vida costó 45.000 euros. Le voy a decir la fecha exacta en que se mantuvo: el 24 de septiembre de… (MURMULLOS). No, estoy respondiendo a cosas que se han dicho aquí. El 24 de septiembre de…

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Señora Royo, está interviniendo el portavoz de Contigo-Zurekin, por tanto…

SR. LÓPEZ CÓRDOBA: Tres meses después de que UPN dejara el Gobierno de Navarra, el autobús de la vida siguió funcionando por 45.000 euros.

Es cierto que el hospital de Tudela tiene carencias, no es exclusivo de hospital de Tudela, todos las tienen, y más si tenemos en cuenta que es un hospital comarcal, con todas las dificultades que tiene un hospital comarcal. Me voy a centrar solamente en Tudela, no voy a hablar del resto de Navarra, porque me ha sorprendido que, lejos de hacer una oposición responsable, como ha hecho la señora San Martín hablando del vaso vacío y aportando datos donde cree que puede haber mejora, aquí se nos dibuja un apocalipsis donde se mezclan datos de profesionales de Tudela con profesionales de toda Navarra, y diciendo que todos nos vamos a morir porque no nos atienden, y ese es el dibujo que nos están haciendo.

El hospital de Tudela, sin duda, ha sido uno de los que más ha mejorado tanto en instalaciones como en atenciones en los últimos años, atenciones que antes se llevaban a Pamplona, y que ahora se realizan en Tudela, y en infraestructuras, la reforma de la cuarta planta, la nueva unidad de diálisis, el mantenimiento del laboratorio, el plomado de los quirófanos, las mejoras en Pediatría, la recientemente aprobada, que ha comentado, ampliación del área de farmacia. No hay que olvidar nunca que estas mejoras han sido correcciones y mejoras históricas derivadas de una gestión previa deficiente durante demasiados años, y una recuperación que no es tan rápida como uno desearía por una razón muy simple, que además ya lo dije en el Pleno de la semana pasada: destruir algo es muy sencillo, la reconstrucción es un proceso muy largo. Repito el tema de la privatización, porque yo creo que ahí encontrará usted a la señora Campillo de 2013, pero también nos encontraría a alguno de nosotros.

Yo también pensaba que íbamos a hablar de la UCI, el reciente caso de la UCI, esa gran crisis que duró tres días y que se debió a una baja. No es el elemento que muestra las carencias del hospital de Tudela, y las tiene. No vamos a decir que no las tiene, sí que las tiene, y no vamos a reincidir en datos, porque sí que es cierto que todavía no hemos recuperado los datos previos a la pandemia.

Por nuestro grupo Contigo-Zurekin es conocido —y reincido en ello— nuestra apuesta por el refuerzo y mejora del modelo de Atención Primaria frente a actividades extraordinarias y derivaciones. En este caso, ha explicado sobre las derivaciones. Si puede dedicar un minuto a repasar el modelo de derivaciones que ha explicado cómo funciona, porque no lo he terminado de entender, le estaríamos muy agradecidos.

Concluyo ya. Nosotros siempre vamos a apostar por la mejora continua y la inversión en infraestructuras y personal en el área de salud de Tudela, y simplemente debo decir que ahí siempre nos van a encontrar. Eskerrik asko.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko, López jauna. Orain Vox taldearen izenean, Nosti andreak dauka hitza hamar minutuz.

SRA. NOSTI IZQUIERDO: Gracias, señor Presidente. Bienvenida, señora Campillo, tanto usted como su equipo, y gracias por sus explicaciones. Debo decir que usted estuvo al frente de la Plataforma Ribera en defensa de la sanidad pública, y ha sido muy crítica antes de ocupar el cargo de gerente del área de salud de Tudela. Pero en la actualidad ya va usted por el quinto

año en el mismo cargo, y en la sanidad navarra me dijeron que el 2019 ocupó el cargo. ¿No? Entonces, si no es así, lo siento. Pero, desde que usted dejó de ser activista de la Plataforma Ribera en defensa de la sanidad pública, que fue en el 2018, vamos con la sanidad navarra y la de Tudela de mal en peor.

El jueves 7 de diciembre de 2023 se cerró la UCI de Tudela hasta el domingo 10, según dijo, por una baja sobrevenida. Esta no parece una excusa muy razonable, porque las bajas se pueden dar en todos los puestos de trabajo, y es algo sobre lo que hay que tener prevista una solución para paliar esa posible incidencia.

Usted dijo que esta circunstancia había llevado a cambiar la organización prevista y reorganizar el servicio, pero que la unidad iba a estar abierta con personal de enfermería y auxiliares, y el viernes con intensivista. Se resolvió el problema, parece ser que el domingo, y ahí estamos, pero aparte de este problema puntual, parece ser que en esta área hospitalaria existen otros muchos más problemas: falta urólogo de guardia, faltan guardias de seguridad en el turno de mañana de Urgencias, hay deficiencias importantes en el transporte sanitario y son los propios sanitarios, además de los pacientes y el resto de los ciudadanos de la Ribera, que reclaman la contratación de más médicos y que se quejan de que, ante las largas listas de espera, van a tener que sacarse un seguro privado, lo que levanta la sospecha de que esto es en realidad lo que se está buscando.

Actualmente los profesionales y los pacientes están denunciando que en el Hospital Reina Sofía hay habitaciones individuales que pasan a ser compartidas, que faltan las condiciones óptimas para la adecuada atención al paciente crítico, como falta de enchufes, timbres, sistemas de ventilación, alarmas. También denuncia la manera de contratar al personal. Dicen que se hace sobre la marcha, según los pacientes van llegando, se deniegan vacaciones y permisos concedidos previamente y se obliga al personal contratado a realizar turnos por encima de su jornada laboral.

No responden ustedes a las reivindicaciones laborales, y denuncian los pacientes y los trabajadores que todo se basa en el esfuerzo y la buena voluntad de los profesionales, que están ya sobrecargados.

Esta sobrecarga se presenta tanto en médicos como enfermeras, auxiliares en general, y en concreto, Enfermería y auxiliares de UCI se han visto despreciados y ninguneados por la jefa de Enfermería del hospital, llegando a pedir su cese, o bien que se retracte públicamente. Esto no creo que sea muy satisfactorio. Por si fuera poco, al cerrarse Partos del Hospital García Orcoyen, las mujeres embarazadas de Tierra Estella han tenido que trasladarse a Pamplona o a Tudela para dar a luz, con la consiguiente sobrecarga añadida.

Usted nos ha traído una encuesta de satisfacción de los usuarios. Teniendo en cuenta que el hospital de Tudela atiende a cien mil habitantes, redondeándolo, la encuesta se ha hecho al 1,6% de estos habitantes, porque son 1.676. Además de que se ha hecho a una cantidad muy pequeña de usuarios, se ha hecho en el Sistema Navarro de Salud en el 2022, cuando todavía estaba muy reciente el covid. Entonces la gente todavía seguía agradeciendo al personal sanitario su dedicación en el covid. Ya sabemos que esto pasa así. Luego, la accesibilidad es mala, el resto es bueno porque la gente ha valorado mucho los esfuerzos de los profesionales. No me

parece precisamente una encuesta que se pueda decir que no esté maquillada, no me parece que sea válida.

Ahora, en concreto, en Navarra las retribuciones fijas de los médicos, esto ya es para toda Navarra, las de actividad extraordinaria y la de las guardias son peores que en otras comunidades. Navarra ha dejado de ser atractiva para que vengan los médicos, lo cual en la actualidad está creando problemas de cobertura, aumentando así la demora en la atención a los pacientes y obligando a la Administración a ofrecer más peonadas y más derivaciones a centros privados.

El objetivo no es ya reducir las listas de espera, sino simplemente poder mantener la actividad ordinaria, porque aunque las hubiéramos reducido, esto iba a seguir siendo así, porque se ha llegado a una situación en la que se busca mantener una actividad normal con una actividad extraordinaria.

La atención al paciente es lo primero, y por ello el Departamento de Salud y el Gobierno de Navarra tienen la obligación de proporcionar a todos los navarros el poder ser atendidos por los profesionales médicos que sean precisos, pero también tiene que proporcionar a estos profesionales médicos las condiciones laborales dignas para que desarrollen todo su conocimiento en beneficio del usuario, evitando así la fuga a otras comunidades autónomas con mejores condiciones.

No se trata de elegir entre que los pacientes sean bien atendidos o que los médicos estén contentos con su trabajo, porque ambas cosas son compatibles. De hecho, la Comunidad que más ha crecido en número de médicos ha sido Murcia, y no es casualidad que sea la que mejores condiciones laborales ofrece actualmente, a la vez que es la que menos problemas tiene para cubrir sus plazas de medicina. Esto, por supuesto, no es una crítica concreta a todo el sistema del área de salud de Tudela, pero sí a toda el área de Navarra. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko, Nosti andrea. Taldeen interbentzioak bukatuta, hamar minutuko etenalditxo bat egingo dugu erantzunak prestatu ahal izateko. Beraz, han jarraituko dugu batzordearekin.

(Se suspende la sesión a las 13 horas y 46 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 14 horas).

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Jaun-andreok, batzordearekin jarraituko dugu. Horretarako emango diogu hitza, beste behin, Ana Campillo andreari, zuek planteatutako galderei edo zalantzak erantzun ahal izateko. Beraz, Campillo andrea, nahi duzunean, hamar minutuz zurea da hitza.

SRA. GERENTE DEL ÁREA DE SALUD DE TUDELA (Sra. Campillo Arregui): Hola de nuevo. En primer lugar, y por alusiones varias que han surgido respecto al tema de la UCI y la comparecencia de hoy, como el título de la comparecencia era la situación del Hospital Reina Sofía, pues hemos hecho una comparecencia a este respecto, y siendo este título, por supuesto que no hay ningún problema en dar las explicaciones oportunas, si bien estas recientemente ya las dio el Consejero y las volverá a dar, porque hay una pregunta oral referida a este tema el viernes.

La plantilla de intensivistas del hospital está cubierta en su totalidad, si bien cuando empezó el puente de diciembre había una profesional de baja, durante el tiempo hubo una segunda baja sobrevenida, y posiblemente además, y coincidiendo con el hecho de que fuera en un puente nacional, eso implica una mayor dificultad para encontrar sustitución. Se hizo una búsqueda activa intensa, pero eran fechas especialmente complejas, y ante esa tesitura nos pareció lo más honesto y sobre todo lo más seguro y adecuado de cara a los pacientes reorganizar la asistencia de la manera en que lo hicimos, que la unidad permaneció abierta con el personal habitual de Enfermería y auxiliares.

Hubo algunos tramos horarios en el siete y en el nueve, además no eran completos, pero algunos tramos horarios en dos días en los que no había intensivista de presencia en el hospital. Se contó con la colaboración activa —que también hay que agradecer— de profesionales de otros servicios, principalmente Urgencias, Anestesia y Medicina Interna. Previamente hubo que reorganizar el traslado de dos pacientes previo a estas horas en las que se iba a dar esta situación. No hubo ninguna incidencia durante este período, y hasta aquí.

Ahora ya entrando también un poco en las distintas preguntas que se han ido planteando, referido a la falta de profesionales de determinadas especialidades médicas, es una realidad que es una dificultad a la que nos enfrentamos, especialmente en los centros comarcales. En este estudio que he mostrado la gráfica del Ministerio de Sanidad, esa gráfica general con números totales, en el informe sí que se hace un repaso de algunas especialidades, porque es cierto que esta no es transversal a todas las especialidades, sean unas más que en otras.

Radiología, Anestesia, Rehabilitación, Medicina de Familia y Psiquiatría son las especialidades que se mencionan en este informe como aquellas que en términos generales y a lo largo de todo el Estado son más problemáticas, y no somos ajenos a esa realidad, en unos casos más que en otros. En el caso de la Radiología, es cierto que tenemos una dificultad a ese nivel, y como somos conscientes de que esta es la situación, se está trabajando y se está haciendo un trabajo intenso en coordinación tanto con los servicios centrales como con los otros centros de Navarra para coordinar y para poder dar una atención y una respuesta, sobre todo, coordinada a los usuarios, que es nuestro principal objetivo.

En cuanto a las listas de espera, es cierto, tenemos unas listas de espera, la realidad es que las tenemos bastante concentradas en algunas especialidades. También creo que es importante destacar que tenemos muchas otras especialidades, con unos muy buenos números de lista de espera, y esto también es importante remarcarlo.

Entonces, referido a esto, es una de las preguntas que se hacía, ha salido en un par de ocasiones, referida por ejemplo a rehabilitación y raquis, que, como decía este informe, es cierto que menciona que es una de las especialidades donde hay carencia de profesionales, y nosotros tenemos plazas no cubiertas de rehabilitación. Pero ante eso, se ha hecho mención de ella, una de las respuestas que estamos dando y que tenemos resultados incipientes, pero que están siendo prometedores, como bien sabrán ustedes, a lo largo del año pasado se incorporó la nueva figura de la fisioterapia de Atención Primaria.

Se está aumentando las competencias de diferentes profesionales y aumentando la capacidad de resolución en el ámbito de Atención Primaria, esto es muy importante, para aquellos

procesos denominados así, de baja complejidad, que puedan resolverse en el ámbito de Atención Primaria. Esto garantiza una respuesta más rápida, más cercana a los usuarios, y permite concentrar aquellos casos que precisen ser valorados en el hospital.

Como esta incorporación a la cartera de servicios es relativamente reciente, estamos haciendo una revisión de la lista de espera con la participación, como no puede ser de otra manera, de Atención Primaria, en la que se está revisando para valorar aquellos pacientes que sean susceptibles de ofrecerles esta nueva opción, que hasta hace un tiempo no disponíamos de ella, y que, por tanto, se les pueda dar respuesta a los pacientes. Insisto, esto es algo que es verdad que ha empezado recientemente, pero los resultados iniciales están siendo prometedores.

En cuanto a cardiología, voy a mencionar este ejemplo. Se ha mencionado la disminución de la actividad de ecocardiogramas en el año pasado y, en cambio, que habían aumentado las ecoscopias. La justificación de esto es que, como hemos mencionado previamente, se ha establecido varios grupos de trabajo de integración entre Atención Primaria y distintas especialidades. Uno de los primeros que empezó a funcionar en nuestro ámbito y que ha tenido unos resultados francamente buenos ha sido el de Cardiología. Entonces, en este grupo de trabajo entre Cardiología del hospital, que a su vez está perfectamente imbricada en el área del corazón de toda Navarra, con Atención Primaria, se han revisado los procesos, se han determinado circuitos, y había pacientes a los que previamente igual se les solicitaba un ecocardiograma, cuando se podían beneficiar y se podía resolver su proceso diagnóstico únicamente con una ecoscopia, y ha sido en ese proceso en el que se ha dado ese cambio de actividad, y también hemos tenido en Cardiología, es uno de los ejemplos en los que hemos tenido una mejoría importante en las listas de espera de Cardiología.

Antes de pasar de tema, siguiendo en las listas de espera, un poco como desgranado, es cierto que tenemos la bolsa pospandémica de listas de espera. Una de las cosas con las que hemos estado trabajando en estos distintos grupos de integración con Atención Primaria, una de las cosas que nos ha permitido es trabajar en la adecuación de la demanda, y como también se ha señalado previamente, este ha sido el primer año en el que ha empezado a disminuir la demanda. Luego, hemos empezado a hacer un techo en la curva que hasta ahora iba en ascenso, lo cual es importante y nos invita a pensar que podemos tener resultados a futuro.

Estamos optimizando al máximo nuestra actividad ordinaria, se está planteando, cuando esta no es suficiente, la autoconcertación siempre voluntaria, por supuesto, y como tercera opción, y es importante reseñar que es la tercera opción, la derivación, cuando los dos primeros pasos no pueden dar respuesta. Esto es perfectamente coherente con lo mismo que se planteaba en 2013, porque lo que planteábamos en el 2013, apoyándonos en un informe de la Cámara de Comptos que en aquel momento recomendaba a Salud que antes de valorar la derivación era importante optimizar al máximo las primeras opciones y hacer la valoración de la derivación siempre en aquellos casos en los que fuera perfectamente necesario, y se valorara siempre el poder acometer las acciones con recursos propios, lo cual puedo garantizar que se realiza.

En cuanto a las opiniones de profesionales, que es otro de los temas por los que se nos ha consultado, muy recientemente, en diciembre del 2023, se ha llevado a cabo, en el marco de toda la organización, de todo el Servicio Navarro de Salud, una encuesta de clima laboral. De hecho, se ha hecho una invitación muy activa a todos los profesionales a que expresen de esta

manera, además, es una encuesta amplia, que a su vez da campo libre a incorporar todos los ítems que los profesionales consideren.

También tenemos las comisiones de personal, y lo más importante, tanto por parte de la Dirección Asistencial como por la mía, estamos en un centro relativamente pequeño, la comunicación con los profesionales puedo decir que es muy directa y fluida, todo el mundo pasa por nuestro despacho, diciéndolo coloquialmente, a la salida de la cafetería saben que nuestra puerta está abierta en todo momento, y por ese lado creo que no hay problema alguno en recoger distintas herramientas y formatos, por tanto, para garantizar que los profesionales pueden expresar sus opiniones.

Para terminar, en cuanto a la apertura de agendas, teníamos unas mejores cifras de apertura de horizonte temporal, de apertura de agendas hasta la pandemia. Es cierto que con la pandemia pasamos a tener una programación muy a corto plazo y con bastante inmediatez, y es cierto que estamos trabajando en ello porque somos conscientes de que es un horizonte que mejorar. También hay que decir que ya estamos mejorando, ya tenemos mejores cifras a ese nivel en cuanto a agendas abiertas que las que teníamos previamente, pero es algo en lo que, desde luego, vamos a seguir trabajando, y creemos que por ahí tenemos opciones importantes de mejora. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko zuri, Campillo andrea. Ongi dakizuenez, bigarren txanda irekitzeko aukera duzue. Ez dakit inork parte hartu nahi duen. Ez. Orduan bai, bukatutzat joko genuke batzorde hau. Eta bukatu baino lehen, eskerrak eman nahi diet bai Campillo, Martínez, Gonzalo, Sanz eta Royo jaun-andreei, hemen egoteagatik eta emandako informazio guztiarengatik. Beraz, eskerrik asko, eta orain bai, bukatutzat jotzen dugu batzorde hau.

(Se levanta la sesión a las 14 horas y 13 minutos).